



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y
MUNICIPIOS

UNIDAD ACADÉMICA

HOSPITAL MATERNO INFANTIL; TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA MUJER QUE CURSA
CON CLIMATERIO EN LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA
“ALFREDO DEL MAZO VÉLEZ” DEL INSTITUTO DE
SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y
MUNICIPIOS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

M.C. CESAR MANUEL NAVA MORALES

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA MUJER QUE CURSA CON CLIMATERIO EN LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA “ALFREDO DEL MAZO VÉLEZ” DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

M.C. CESAR MANUEL NAVA MORALES

A U T O R I Z A C I O N E S :

M. ESP. M.F. EDGAR DANIEL GODINEZ TAMAY
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS
HOSPITAL MATERNO INFANTIL
TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO

ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO
ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION E INNOVACION EDUCATIVA EN
SALUD
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS

DR. CLAUDIO MANUEL CRUZ FIERRO
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DEL INSTITUTO DE
SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS

**CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA MUJER QUE CURSA CON
CLIMATERIO EN LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA “ALFREDO
DEL MAZO VÉLEZ” DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL
ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

M.C. CESAR MANUEL NAVA MORALES

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

INDICE

	Pág.
Marco teórico y conceptual.....	3
Planteamiento del problema	25
Justificación	27
Objetivos.....	30
Material y métodos	31
Tipo de estudio y diseño de la investigación (Esquema)	31
Población lugar y tiempo.....	32
Muestra	32
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	32
Cuadro de Variables	33
Diseño estadístico.....	35
Descripción general del estudio y características del instrumento de medición	35
Aspectos éticos.....	38
Resultados.....	40
Tablas y gráficas.....	40
Discusión	51
Conclusiones y recomendaciones	55
Bibliografía.....	57
Anexos.....	61

1. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

1.1. Definición

De acuerdo con los límites aceptados internacionalmente (Notelovitz, 1993) para la etapa de climaterio, se dice que inicia a los 35 años y termina a los 65. Climaterio viene del griego *climacter*, que significa escalera, y es una etapa del desarrollo humano que marca la transición entre la edad adulta y la vejez; por lo tanto se puede dividir al climaterio de la siguiente manera: los primeros diez años (35 a 45) climaterio temprano, los segundos diez (45 a 55) climaterio peri menopáusico, y los últimos diez (55 a 65) el climaterio tardío.¹

Así el climaterio es un período de la vida de la mujer en el que se presentan la desaparición de la función reproductiva e importantes cambios en la secreción de las hormonas sexuales, ambos fenómenos, producen modificaciones importantes en el tracto genital y en otros lugares del organismo. Por ello se puede definir como el proceso de envejecimiento de la mujer durante el cual ésta pasa de la etapa reproductiva a la no reproductiva. Suele comenzar unos años antes de la menopausia, y se extiende varios años después de desaparecida definitivamente la menstruación. Así cuando se presentan síntomas, se utiliza el término de síndrome climatérico.^{3,4}

El síndrome climatérico depende del grado y tiempo de la disfunción ovárica. Se inicia con sintomatología neurovegetativa. Después se presentan importantes cambios metabólicos en los órganos con receptores estrogénicos, que modifican su función a mediano y largo plazo. Son comunes también los trastornos en el aparato urogenital, la atrofia de la piel, cambios en la estructura ósea y en el metabolismo de lípidos. Aunado a esto, los cambios emocionales, causados por múltiples factores (la cercanía de la vejez, las transformaciones familiares y sociales modifican la sintomatología a cualquier edad de la mujer climatérica.⁵ Siendo el conjunto de signos y síntomas que se presentan en la peri menopausia y pos menopausia, como consecuencia de la declinación o cese de la función ovárica que conlleva a un estado de hipoestrogenismo.²

Durante el climaterio, sucede el último sangrado menstrual al cual médicamente se le llama menopausia, término que se refiere a la última menstruación que resulta de la pérdida de la función reproductiva ovárica, siendo su diagnóstico retrospectivo y por consenso se necesita un período de amenorrea de 13 meses para decir que ocurrió la menopausia⁶ aunque en tiempo existe una ligera diferencia con otros autores que dicen que se define como el cese de las menstruaciones durante un período de 12 meses, siempre y cuando sea por falla del ovario para seguir funcionando de forma adecuada y que climaterio son las manifestaciones del cuerpo a esta falla ovárica, que la mujer mexicana en promedio tiene su menopausia alrededor de los 48 años de edad \pm 4 años y que los períodos de la menopausia pueden dividirse en:

Pre menopausia: De 2 a 8 años previos a la menopausia.⁷ Totalidad del periodo reproductivo, hasta la última menstruación.¹

Pos menopausia: Periodo posterior al cese de las menstruaciones.⁷ Etapa iniciada a partir del último periodo menstrual, ya sea por menopausia inducida o natural.²

Peri menopausia: Es desde que inicia la pre menopausia hasta el año posterior de la última menstruación.⁷ Periodo comprendido desde el inicio de los eventos biológicos, endocrinológicos, clínicos y psicológicos que preceden a la menopausia hasta la terminación del primer año después de la misma.²

Climaterio: Son los cambios que sufre el cuerpo durante los períodos antes mencionados.⁷

En la práctica el término menopausia y climaterio se usan indistintamente pero conviene usar el de climaterio para estudiar esta etapa permanente de la vida de la mujer de una manera integral.⁸

1.2. Epidemiología

Dentro de los logros en materia de salud y asistencia social que se han alcanzado en nuestro país, quizá uno de los más importantes ha sido el descenso notable de la mortalidad. Así el incremento notable de la esperanza de vida al nacimiento en la población, particularmente de las mujeres, que ocurrió en la última mitad del siglo XX, condicionó que un mayor número de mexicanas alcancen la edad promedio de la menopausia y pasen una importante parte de su vida en la condición pos menopáusica. En el año 2000 se estimó que la esperanza de vida al nacimiento de las mujeres era de 77.6 años. Al inicio del nuevo siglo, la esperanza de vida para la población femenina de 40 años de edad es cercana a otros 40 años adicionales, lo que denota la importancia de los cuidados y atención a la salud en esta etapa de la vida.²

Actualmente existe un número cada vez mayor de personas en edad avanzada, en 2002 las mujeres mayores de 45 años ocupaban un 17% de la población femenina y para el 2030 se calcula que ocuparan el 35% de la población. En la actualidad existen más de 5 millones de mujeres con una edad entre 45 y 50 años a las que se le puede considerar en etapa de climaterio, existe además otro número de mujeres más jóvenes que han perdido por diferentes causas la funcionalidad de su ovario y presentan por tanto una menopausia prematura⁸ (cuando el cese de la menstruación ocurre a una edad menor a dos desviaciones estándar de la media estimada para una población de referencia. Se acepta la edad menor de 40 años como criterio práctico).²

En México, la esperanza de vida ha aumentado de 52 años en 1950 a 77 años en el 2002 y a 80 años en el 2010. En éste último año, la población de mujeres mayores de 50 años llegará a 10,015,562.⁹

Diferentes factores influyen en la edad de presentación de la menopausia, entre los que señalaremos: la herencia, ya que se presenta a una edad similar en una misma familia, el hábito de fumar, único factor demostrado que influye en la edad de la menopausia pues las mujeres fumadoras tendrán menopausia hasta 2 años más temprana, la paridad se considera que a mayor paridad se eleva la edad de la menopausia,⁶ por otra parte otro autor refiere que la menopausia no parece relacionarse con la raza o el estado nutricional, que ocurre antes en mujeres que se han sometido a histerectomía y en algunas mujeres nulíparas.⁷

Los valores séricos de estradiol caen y el estrógeno restante después de la menopausia se convierte en estrona, derivada principalmente de la aromatización periférica de la androstenediona suprarrenal. La obesidad y las enfermedades hepáticas aumentan esta producción periférica de estrona. Las diferencias individuales en las cifras de estrona explican parcialmente las razones por las cuales los síntomas que se señalan antes, pueden ser mínimos en algunas mujeres, pero intensos en otras.¹⁰

La edad de aparición de la menopausia fisiológica es muy variable al igual que sucede con la menarquia y parece no haber ninguna relación consistente entre estas así como en embarazos previos, lactancia materna, peso, estatura y uso prolongado de anticonceptivos orales. De forma aproximada podemos establecer que tiene lugar entre los 40 y 55 años de edad, cuando aparece antes de los 40 años se denomina menopausia precoz, temprana o insuficiencia ovárica prematura, esta condición debe ser estudiada ya que se vincula con tabaquismo, infecciones, quimioterapia (en especial con agentes alquilantes) o menopausia artificial que consiste en la remoción de los ovarios o por radiación, las cuales son usadas como tratamiento de endometriosis o para tratar las neoplasias sensibles a estrógenos de la glándula mamaria y del endometrio, algunas veces más como efecto colateral en el tratamiento de enfermedades intraabdominales, procedimientos quirúrgicos que afectan la irrigación ovárica incluso la ooforectomía laparoscópica electiva en pacientes que tienen un riesgo elevado de cáncer de ovario.^{8,13}

1.3. Fisiopatología hormonal asociada al climaterio

La disminución en el número de folículos influye directamente en la producción de estrógenos, por lo tanto, el patrón hormonal del climaterio consiste en un descenso de los niveles de estrógenos y en el defecto en la producción de progesterona, así como en un subsecuente aumento de los niveles de gonadotrofinas (FSH y LH).¹³ Como consecuencia del decremento de folículos primordiales, se produce una importante caída de la secreción de estrógenos. Así, el 17 beta estradiol (el más importante estrógeno ovárico) desciende de 7 a 8 veces menos con respecto al ciclo menstrual normal. Este hecho se comprende bien si se tiene en cuenta que en la vida reproductiva el 95% del estradiol se produce en el ovario y sólo el 5% procede de la conversión periférica de androstenediona (esteroide producido en la corteza suprarrenal) y estrona. En el

climaterio, la mayor parte del estrógeno circulante proviene de la conversión periférica de la estrona, que, a su vez, se origina por conversión periférica de la androstenodiona. Por esta razón, la estrona se convierte en el estrógeno más importante en esta época de la vida de la mujer. Sin embargo, dicha hormona tiene una acción biológica menos intensa que el estradiol. En cuanto a la producción de progesterona, se sabe que es muy baja, semejante a la producida en la primera mitad del ciclo de la mujer sexualmente madura.³

Los bajos niveles séricos de estradiol conllevan un aumento en la secreción de la hormona folículo estimulante (FSH) y de la hormona luteinizante (LH). De estas hormonas, la que más se eleva es la FSH, que es la reclutadora de folículos en cada ciclo normal, su incremento indica el agotamiento del aparato folicular y un desequilibrio entre el ovario y el eje neuroendocrino. Es importante mencionar que dentro de este eje actúa la inhibina, que es una glicoproteína que se sintetiza y secreta en el ovario, y cuya función es la de inhibir la secreción de gonadotropinas, principalmente la de la FSH. Sin embargo, durante el climaterio, la inhibina pierde su efecto inhibitorio y contribuye a la secreción incontrolada de las gonadotropinas. La inhibina se considera uno de los marcadores más finos de envejecimiento ovárico.⁵

La secreción de tirotrópina disminuye conforme avanza la edad, se ha estimado que aproximadamente 10% de las mujeres pos menopáusicas tienen hipotiroidismo subclínico, en la pos menopausia se ha observado un discreto aumento en la resistencia insulínica, el hipoestrógenismo en el climaterio condiciona un decremento importante en la secreción de serotonina, endorfinas y menor en la acetilcolina y ácido gamma-amino butírico, ya que interviene en la síntesis y recaptura de los neurotransmisores y sobre la actividad enzimática que los elimina; estudios han demostrado que los estrógenos incrementan la eficacia de las sinapsis, la potenciación a largo plazo y la transmisión neuronal, hechos que están relacionados con los procesos de elaboración de la memoria y la plasticidad neuronal. Los estrógenos aumentan la transmisión colinérgica, el flujo sanguíneo cerebral y el consumo de glucosa en el cerebro.¹⁴

1.4. Cuadro clínico

Cerca de la menopausia cambian las concentraciones de hormonas, la manera en que se producen y sus funciones. Las hormonas más afectadas son las producidas por el ovario, estrógenos, progesterona y andrógenos aunque también se modifican otros segmentos endocrinos funcionalmente con la edad generando repercusiones sobre diversos aparatos y sistemas.^{11, 12}

El climaterio se presenta con una serie de cambios en todo el organismo provocada por el hipoestrógenismo, lo que genera signos y síntomas de diferente intensidad. Se calcula que aproximadamente 85% de mujeres padece algún síntoma, 75% los padece durante 1 a 5 años y 25% por un tiempo mayor, 35% en forma intensa y 65% en forma leve.

En México recientemente se han realizado algunos estudios sobre la influencia de las actitudes en el climaterio, y se encontró que las mujeres con actitudes negativas hacia éste experimentaban un mayor grado de fatiga, irritabilidad, inestabilidad emocional y depresión. Asimismo, se ha encontrado una relación negativa entre las actitudes favorables hacia la sexualidad y el nivel de escolaridad, con los síntomas emocionales adversos en las mujeres climatéricas no diabéticas, además de encontrar que en la pos menopausia se agudiza más la problemática de soledad y el síndrome de nido vacío, que en las mujeres pre menopáusicas y menopáusicas tempranas. A su vez se encontró que las mujeres identificadas con un rol tradicional de madre experimentaban una sintomatología más severa en el climaterio.¹⁵

En un estudio reciente realizado en Cuba sobre las principales manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en un grupo de mujeres en el climaterio y la menopausia. La sintomatología clínica en mujeres peri menopáusicas y pos menopáusicas se muestra que en ambos grupos predominaron los calambres de manos y pies en el 79.5% de las peri menopáusicas y 82.4% de las pos menopáusicas, así como los bochornos o calores, en el 53.8% de las peri menopáusicas y 76.5 de las pos menopáusicas. Los dolores musculares y articulares tuvieron una mayor incidencia en las pos menopáusicas, igualmente el incremento de peso fue mayor en las posmenopáusicas.¹⁶

Los síntomas pueden dividirse en específicos e inespecíficos. Los primeros se vinculan con hipoestrógenismo y los segundos además de este con múltiples entidades como hipertiroidismo, infecciones, entre otras.¹³

En un estudio realizado en México comparando la sintomatología de las mujeres del Distrito Federal de México con las mujeres de una comunidad Zapoteca del Estado de Oaxaca, las mujeres peri menopáusicas de la Ciudad de México, experimentaron los síntomas climatéricos con mayor intensidad que las del medio rural, hecho que puede estar influido por el estilo de vida en la cultura occidental.¹³

Algunos estudios han mostrado que el patrón cultural tiene un efecto modulador en la forma en que se adaptan las mujeres al climaterio e influye en la frecuencia, intensidad y tipo de síntomas. En los países industrializados occidentales, los bochornos son considerados como la manifestación patognomónica de menopausia y su frecuencia varía del 75 al 85%; en contraste, son menos frecuentes en mujeres de África, Indonesia y Japón, por ejemplo en Japón se reporta este síntoma únicamente en el 19.6% de las pos menopáusicas. En un estudio en mujeres de raza maya, los investigadores no reportan síntoma alguno, ya que las mujeres manifestaron síntomas típicos y generales; los segundos fueron más frecuentes pero el 31% presentó bochornos y el 35% sudoración. Las quejas no hormonales más frecuentes fueron lumbago y cansancio en más de la

mitad, e insomnio, mareos y angustia en más del 25%. Estos datos son más similares a los reportados en Japón y África que a los de los países occidentales.¹⁸

Síntomas específicos: Bochornos, resequedad vaginal, alteraciones psicológicas, disminución de la libido.

Síntomas inespecíficos: Sudoración, palpitaciones, parestesias, cefalea, insomnio o trastornos del sueño, vértigo, incontinencia urinaria, polaquiuria, disuria, osteoporosis, dispareunia, nerviosismo, irritabilidad, depresión, miedo, sentimientos negativos.

Los síntomas también pueden catalogarse en 4 grupos:

GRUPOS	SÍNTOMAS
<i>Vasomotor</i>	Bochornos, sudoración, palpitaciones, parestesia, cefalea, insomnio.
<i>Urogenital</i>	Resequedad vaginal, incontinencia urinaria, polaquiuria, disuria, dispareunia, alteraciones del ciclo menstrual.
<i>Psicológico</i>	Disminución de la libido, nerviosismo, irritabilidad, disminución de la memoria, depresión.
<i>Metabólico</i>	Alteración en metabolismo de lípidos, osteoporosis.

Fuente: Guía Médica para el primer nivel de atención integral a la salud de la mujer en la peri menopausia y pos menopausia.

1.4.1. Síntomas neurovegetativos y vasomotores

Con respecto al cerebro y al sistema nervioso central se sabe que los receptores de estrógenos son abundantes en el cerebro, ya que se conoce que tienen un papel importante en muchos procesos del cerebro, y su ausencia puede producir cambios fisiológicos y sintomáticos. Siendo los estrógenos importantes para el flujo de sangre cerebral, administración de glucosa cerebral, actividad sináptica, crecimiento neuronal, supervivencia de neuronas colinérgicas, así como las funciones complejas de cognición; por ello, cuando disminuyen se habla de algunos síntomas neurovegetativos y vasomotores: sofocación, sudoraciones, palpitaciones, parestesias, náuseas, cefalea, insomnio, vértigos. Los que tienen una máxima frecuencia durante la peri menopausia y disminuyen en frecuencia e intensidad a medida que transcurren los años de pos menopausia. Las crisis vasomotoras o sofocaciones, son el síntoma más frecuente, y característico del climaterio, estas se manifiestan como oleadas de calor que recorren el cuerpo subiendo hacia la cabeza, que

producen enrojecimiento de la piel del pecho, cuello y cara, se acompañan de intensa sudoración, palpitaciones y sensación de angustia. Su frecuencia varía desde 10 en 24 horas hasta 10 en una hora y su duración va desde segundos hasta 1 hora como promedio 3/min. Estas crisis se presentan fundamentalmente durante la noche y son precipitados por: estrés, calor, consumo de alcohol y el ayuno.¹⁰ Muchas mujeres (hasta el 80% de acuerdo con estadísticas estadounidenses y entre el 40 y 76% de acuerdo con estadísticas mexicanas) experimentan bochornos, siendo uno de los síntomas más característicos de que se está perdiendo o se ha perdido la producción hormonal por parte de los ovarios;¹ los bochornos son un síntoma que tienen lugar frecuentemente de 0.5 a 5 años después de la menopausia natural pero pueden persistir por más de 15 años. Tienden a durar más tiempo y ser más severos cuando la menopausia es quirúrgicamente inducida¹⁹ tomando en cuenta que los episodios son el resultado de una respuesta del hipotálamo (probablemente mediada por catecolaminas) inducidos por un cambio en el estado estrogénico. Los bochornos se han caracterizado fisiológicamente por la dispersión de calor que ocurre a través de un aumento en la temperatura periférica; disminución en la resistencia de la piel, asociada con diaforesis; y una reducción de la temperatura del centro del cuerpo. Los bochornos pueden causar insomnio, que contribuyen en la fatiga, irritabilidad, y reducción de la capacidad de concentración.¹⁹

En otros estudios se comenta que los síntomas vasomotores son la forma más común y el síntoma característico del climaterio, es una molestia episódica que consiste en la aparición de rubicundez súbita y sudoración referida como bochorno. Se presenta en 75% de las mujeres que llegan a la menopausia fisiológica o con ooforectomía bilateral. El 82% de las pacientes que presentan estos síntomas los experimentan por más de un año mientras que un 25-50% por más de 5 años. Estos síntomas se originan por la inestabilidad del centro termorregulador del hipotálamo condicionados por la menor concentración de estrógenos circulantes. Se ha observado que se vinculan con los picos en la secreción de hormona luteinizante. Al parecer el GnRH es el que tiene relación con el centro termorregulador, modulado por la regulación dopaminérgica, adrenérgica y opioide. Las concentraciones de adrenalina, b-endorfina, b-lipotropina, adrenocorticotrópica, cortisol, dehidroepiandrosterona se incrementan durante el bochorno, pero el pico máximo ocurre después de que los síntomas desaparecen.

La vasodilatación, sudoración, y cambios conductuales condicionan un decremento en la temperatura de 0.1-0.9 grados llegando al punto más bajo entre 5 y 9 minutos después de la aparición del bochorno, si la pérdida de la temperatura es importante se tiene la sensación de temblor y escalofríos. Síntomas menos comunes incluyen debilidad, sensación de desmayo y vértigo. La duración del episodio varía desde algunos momentos hasta 10 minutos, en promedio 4 minutos y la frecuencia de 1-2 horas o menor hasta 1-2 ocasiones por semana lo cual generalmente ocasiona ansiedad e irritabilidad en la paciente, que aunado a la falta de sueño genera fatiga crónica.¹³

Asimismo, algunos estudios, demuestran que los estrógenos y las progestinas afectan las neuronas centrales serotoninérgicas y opioides,²⁰ que las alteraciones en el nivel y ciclo de estas hormonas pueden cambiar la intensidad de las cefaleas; debido a que el modelo de secreción de estrógenos y progesterona está perdido como enfoque de la menopausia, las mujeres perimenopáusicas con una historia de migrañas menstruales pueden experimentar una exacerbación²¹

El comportamiento de los síntomas clínicos durante el climaterio de las pacientes estudiadas, coincide con lo descrito por la mayoría de los autores, que plantean que los síntomas vasomotores son los más frecuentes y pueden observarse entre un 75% y un 85% de las mujeres de estas edades, síntomas que tienden a disminuir después de la menopausia a pesar de persistir el hipoestrogenismo.²²

Hay numerosos datos que indican un aumento en la incidencia de algunas condiciones amenazantes de la visión en mujeres posmenopáusicas¹³ por ejemplo, la degeneración macular idiopática que afecta a las mujeres predominantemente mayores de 60 años. Esto parece ser un componente hormonal, porque los síntomas son más severos con la menopausia.²³

1.4.2. Síntomas urogenitales

Sequedad vaginal, dispareunia, prurito genital, tenesmo vesical, polaquiuria, disuria, incontinencia urinaria. Constituyen el cortejo sintomático más típico del hipoestrógenismo las que limitan el pleno disfrute del erotismo.⁶ Así la deficiencia de estrógenos tiene efectos deletéreos en el sistema urogenital. Se ha informado que un tercio de mujeres de 50 años y mayores, experimentan problemas urogenitales.²⁴ La deficiencia de estrógenos produce una mucosa vaginal delgada y pálida; la humedad es baja, el pH aumenta (normalmente el pH > 5), y puede exhibir inflamación y pequeñas petequias. La citología revela una pérdida de células superficiales y un aumento de células basales y parabásales. En mujeres en edad reproductiva, la flora vaginal es dominada por los lactobacilos. En mujeres posmenopáusicas, la vagina se renueva gradualmente con flora diversa como reducción de la acidez.²⁵ Así un epitelio vaginal seco y atrófico puede causar incomodidad vaginal, comezón, dispareunia, y vaginitis recurrente así como síntomas urinarios frecuentes y disuria. La deficiencia de estrógenos en tejidos peri uretrales también es un factor en la relajación pelviana e incontinencia por estrés que son comunes en mujeres posmenopáusicas.²⁶

Con relación a las alteraciones del ciclo menstrual los síntomas pueden ser diversos: ciclos cortos condicionados por fases luteínicas deficientes secundarias a fases foliculares cortas, ciclos prolongados por anovulación y al final amenorrea como consecuencia del hipoestrógenismo grave al presentarse el agotamiento folicular. De la vaginitis atrófica se ha escrito que el hipoestrógenismo se manifiesta en la citología por una modificación de las poblaciones celulares, al disminuir el número de células superficiales y aumentar el de parabásales e intermedias. Ésta

modificación en las poblaciones celulares se asocia con adelgazamiento del epitelio, el lecho capilar se observa a través del mismo como zonas difusas o en parches de enrojecimiento, la ruptura de estas superficies produce Petequias irregulares lo que aunado a la atrofia y menor resistencia al traumatismo, condicionan dispareunia y sangrado, las pacientes a menudo refieren sensación de sequedad vaginal adicionalmente el hipoestrógenismo ocasiona una disminución de la flora vaginal (lacto bacilos) ya que el epitelio carece de glucógeno y reduce la producción de ácido láctico lo cual incrementa el PH vaginal hasta 7.0 y predispone a infecciones por microorganismos saprofitos, además existe invasión de bacterias locales ocasionando prurito vaginal y leucorrea. El trauma mínimo con la exploración o con el coito puede ocasionar sangrado vaginal leve.^{11, 13}

En el útero se aprecia atrofia, cambios a nivel de miometrio y endometrio, el cérvix disminuye de tamaño y reduce la producción de moco cervical, la producción de estrógenos sin oposición de progesterona, propia del climaterio pre menopáusico, lleva a mayor riesgo de hiperplasia y cáncer endometrio, en la pos menopausia algunas mujeres pueden presentar sangrado que generalmente se debe a atrofia, pero debe estudiarse la posibilidad de proceso maligno.

Con relación a la vía urinaria se sabe que los estrógenos desempeñan una función importante en el mantenimiento del epitelio de vejiga y uretra, existe a este nivel una disminución del colágeno y el epitelio uretral sufre atrofia, existe a este nivel una disminución del colágeno y el epitelio uretral sufre atrofia, con pérdida del tono uretral, cambios a nivel del meato, lo que se traduce en una menor continencia urinaria, asimismo puede haber polaquiuria, urgencia miccional e incontinencia y cistitis atrófica con infecciones recurrentes de tracto urinario.^{3,8,13}

1.4.3. Síntomas psicológicos

Labilidad emocional, nerviosismo, irritabilidad, estado de ánimo depresivo, disminución de la libido. Las que en múltiples ocasiones están presentes desde años antes de la menopausia, no conllevan deterioro de la salud mental y están asociadas con malas relaciones de familia o de pareja. En un número importante de mujeres disminuye su autoestima por lo que la auto percepción de su imagen corporal se transforma negativa los que se expresa como sensación de minusvalía y devaluación;⁶ en general , los estrógenos tienen un efecto positivo en el humor y contribuyen a un sentido de bienestar²⁷ que puede ser debido al estímulo de los sistemas adrenérgico y serotoninérgico; asimismo el papel de la deficiencia de estrógenos en la depresión pos menopáusica, disminución de la función cognoscitiva, demencia y enfermedad de Alzheimer no es claro y es un área de intenso debate de investigación.^{28, 29}

En un estudio realizado en la Habana, Cuba con 142 mujeres con edades comprendidas entre 40 y 59 años, se encontró que 78 de ellas se encontraban en la peri menopausia y 64 en la pos

menopausia, entre los principales resultados se encontraron que la poca ayuda de la pareja, la irritabilidad, la incomprensión y las discusiones frecuentes caracterizan la relación de pareja durante la pos menopausia, presentes en más del 35% de este grupo de mujeres; también se determinó que las alteraciones de la esfera sexual, como la sequedad vaginal, la disminución de la libido y la dispareunia, se presentan en más del 30% de las mujeres pos menopáusicas, y sólo en el 15% de las peri menopáusicas. Los factores socioculturales jugaron un papel determinante en los resultados obtenidos.³⁰

Mientras que en otro estudio llevado a cabo en Instituto Mexicano del Seguro Social acerca de la auto percepción del estado de salud en mujeres en climaterio, la mediana de edad de las mujeres con auto percepción negativa fue en las ligeramente mayores de 50 años, en comparación con el grupo de auto percepción positiva que fue de 48 años; la mayoría de ellas con escolaridad baja es decir primaria completa o menos y no tenía trabajo remunerado. En este grupo de auto percepción negativa fueron más las mujeres climatéricas, con una mediana de edad de ocurrencia de la menopausia de 47 años, y una mayor proporción padecía hipertensión arterial o diabetes tipo 2. En cuanto a la actividad física, las mujeres con auto percepción positiva refirieron realizar actividad física regular en una mayor proporción, mientras que las mujeres con auto percepción negativa notificaron sedentarismo.³¹

1.4.4. Síntomas metabólicos

La pérdida ósea comienza a acelerarse aproximadamente dos a tres años antes de la última menstruación y ésta aceleración termina tres a cuatro años después de la menopausia. Las mujeres pierden 2% de hueso anualmente, la pérdida ósea se reduce aproximadamente a 1-1.5% por año. Un estudio prospectivo y longitudinal de mujeres caucásicas reportó pérdidas en la densidad mineral ósea (DMO) durante este intervalo de cinco a siete años de 10.5% para la columna, 5.3% para el cuello femoral y 7.7 % para el cuerpo total.³²

Aunque la disminución puede atribuirse, en parte, a factores relacionados con la edad, las menores concentraciones de estrógenos se implicaron como la causa de aproximadamente dos tercios de la pérdida ósea. Se ha demostrado que las concentraciones más bajas de estrógenos se relacionan significativamente con aumento en el riesgo de fractura en mujeres mayores (media de edad, 75 años). Las mujeres que experimentan la menopausia a los 40 años o antes, ya sea de manera espontánea o inducida (ooforectomía bilateral, quimioterapia o radiación pélvica), están en mayor riesgo de una densidad mineral ósea baja, en comparación con otras mujeres de la misma edad que no han alcanzado la menopausia.³³ Sin embargo, en la séptima década de la vida, cuando es más probable que ocurran las fracturas, estas mujeres tienen el mismo factor de riesgo de DMO baja o fractura que las mujeres que alcanzaron la menopausia en la edad promedio.³³

La osteoporosis es más grave en mujeres que han tenido ooforectomía temprana o insuficiencia ovárica prematura, se presenta más en mujeres de raza blanca, la pérdida de estrógenos, tabaquismo, antecedentes familiares, trastornos de la alimentación, periodos menstruales anormales o ausentes, hipertiroidismo, consumo excesivo de alcohol, baja ingesta de calcio a lo largo de la vida, deficiencia de vitamina D, abuso de ciertos medicamentos, menor tamaño corporal, edad avanzada son factores de riesgo conocidos. Además de sedentarismo, ingesta excesiva de cafeína, inmovilización prolongada, caídas, hiperparatiroidismo, insuficiencia renal y síndrome de mala absorción intestinal.⁸

Estadísticas de la National Osteoporosis Foundation muestran que la osteoporosis es responsable de 1.5 millones de fracturas por año, 300 mil de cadera, 700 mil vertebrales, 250 mil de muñeca y más de 300 mil en otros sitios. Así la incidencia de fracturas de cadera es 2 veces mayor en mujeres que en hombres con un índice de mortalidad asociado de 5-20% en los 12 meses posteriores a la lesión y 15 a 25% con discapacidad permanente.¹¹

El déficit de estrógenos probablemente produce pérdida ósea por dos mecanismos distintos aunque interrelacionados: 1) la activación de nuevos sitios de remodelación, 2) la exageración del desequilibrio entre la formación y resorción ósea. Los cambios en la frecuencia de activación producen pérdida transitoria de hueso hasta que se alcanza un nuevo estado de equilibrio entre la formación y resorción. No obstante el desequilibrio produce disminución permanente de la masa que solo puede corregirse con una remodelación durante la cual la formación de hueso exceda la resorción.³⁴

Los estrógenos tienen un efecto positivo en el colágeno que es importante para el hueso y la piel. Se han identificado estrógenos y receptores de andrógeno en fibroblastos de la piel. La pérdida de colágeno es más rápida en los primeros años de la menopausia, 30% del colágeno de la piel se pierde dentro de los primeros 5 años de la menopausia. La proporción de disminución de colágeno es aproximadamente 2% por año durante los primeros 10 años de la menopausia. Esta estadística, es similar a la pérdida ósea en la menopausia, la cual hace pensar en un eslabón fuertemente entre el espesor de la piel, pérdida ósea, y el riesgo de osteoporosis. Además la disminución de colágeno, atrofia de la mucosa vaginal y uretral se han asociado con una variedad de síntomas que han incluido prolapso uterino e incontinencia urinaria.²⁴

Respecto a la osteoporosis debemos mencionar que una de las principales causas de la misma es la menopausia, conociéndose dos tipos de osteoporosis con patogenia diferente:

Tipo I relacionada con la deficiencia de estrógenos. Ocurre entre los 50 y los 70 años de edad y puede llevar a fracturas y aplastamientos de la columna.

Tipo II ocurre a partir de los 70 años de edad y se asocia a fracturas de cadera y columna, encontrándose en ésta una baja en la vitamina D y disminución en la absorción de calcio por los huesos; siendo este factor más importante que en el tipo I (déficit de estrógenos);³⁵ sabiendo que en países occidentales industrializados, más de un tercio de mujeres mayores de 65 años padecen los síntomas de osteoporosis, un desorden caracterizado por disminución de la masa ósea. La deficiencia de estrógenos es un factor patogénico dominante en la pérdida ósea. Esto puede notarse por primera vez durante la peri menopausia. De 1.5 años antes de la menopausia a 1.5 años después de la menopausia, la densidad mineral ósea (DMO) de la columna vertebral disminuye 2.5% por año, comparado con una proporción de pérdida en mujeres pre menopáusicas de 0.13% por año.³⁶ La pérdida de hueso trabecular (columna vertebral) con la deficiencia del estrógeno es mayor que la pérdida del hueso cortical (cuello femoral). La deficiencia de estrógenos también es un factor de riesgo para la pérdida de hueso alveolar (oral) en mujeres pos menopáusicas con una historia de periodontitis.³⁷ Así en la menopausia, los efectos positivos del estrógeno en los factores de crecimiento, calcitonina, metabolismo de vitamina D, y la absorción del calcio disminuyen.

Otros problemas relacionados con el déficit estrogénico y que habitualmente se presentan durante la pos menopausia son: el incremento de la frecuencia con que se presentan afecciones como la aterosclerosis en su expresión cardio y cerebro vascular (primera causa de muerte de la mujer pos menopáusicas en países desarrollados y en Cuba),⁶ la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, las neoplasias de mama y útero, y la osteoporosis, enfermedades todas que limitan la expectativa de vida de la mujer y/o inducen incapacidades, con respecto al riesgo cardiovascular sabemos que las mujeres están protegidas hasta la menopausia contra el desarrollo de enfermedad arterial coronaria y tienen una incidencia menor de infarto del miocardio y muerte súbita con una diferencia de 20 años con relación al hombre.³⁸

Además las enfermedades cardiovasculares se han relacionado con causas múltiples, la más importante de ellas la edad. El riesgo de enfermedad cardiovascular durante toda la vida aumenta en los varones y en las mujeres. Aunque el riesgo de morir por cardiopatía coronaria es al menos tres veces mayor en los varones que en las mujeres antes de la menopausia, el riesgo relativo para las mujeres aumenta de manera importante después de la menopausia¹³ el riesgo de coronariopatía aumenta de 2 a 3 veces mayor que en mujeres de la misma edad antes de la menopausia. Actualmente un meta análisis demostró que los estrógenos disminuyen 50% el riesgo de mortalidad por coronariopatía.

Con la edad surgen cambios importantes en la piel, existe un adelgazamiento generalizado acompañado de pérdida de elasticidad, lo que origina una piel frágil. La deshidratación es común, el vello corporal disminuye ocasionalmente aumenta. El contenido del colágeno de la piel y el

grosor han sido estudiados en mujeres pos menopáusicas, observando un descenso de ambos a una velocidad de 1-2% por año.¹¹

1.5. Diagnóstico

Hacer el diagnóstico de climaterio y menopausia puede parecer relativamente fácil, porque su etiología específica es conocida y existen marcadores objetivos (examen físico o prueba de laboratorio específica) que pueden cuantificar la existencia o la gravedad de la sintomatología e inclusive, la respuesta objetiva al tratamiento.

Por lo que el diagnóstico del climaterio y la menopausia se basa también en la comunicación de los síntomas que tiene la paciente: síntomas que aumentan significativamente durante el climaterio (peri menopausia y pos menopausia), asimismo es importante elaborar una historia clínica completa, un examen físico y en algunos casos una evaluación psicológica.

Ahora se indicará un enfoque diagnóstico que hace alusión a la técnica menos agresiva:

- Anamnesis y examen físico.
- Evaluación médica:
 - Pruebas endocrinas según lo indicado (estradiol, FSH, LH).
 - Pruebas para descartar amenorrea.
- Cuestionario de síntomas diarios, prospectivo.
- Ejercicio y asesoramiento nutricional.
- Asesoramiento psicológico.¹¹

La determinación de la función ovárica se basa, principalmente, en criterios clínicos. Si el cuerpo de una mujer está produciendo hormonas suficientes para la menstruación regular, su concentración de estrógenos será suficiente para protegerla contra la osteoporosis y la enfermedad cardíaca. Si la mujer que tiene casi 50 años de edad deja de menstruar por completo, podrá hacerse el diagnóstico supuesto de insuficiencia de estrógenos sin ninguna prueba ulterior.

La medición del estradiol sérico puede ser de utilidad en las mujeres que tienen amenorrea con otros síntomas de deficiencia de estrógenos, o en aquellas en las que no ocurre hemorragia por supresión con progestágenos. En la mujer que menstrúa, las concentraciones normales de estradiol varían entre 40 y 300 pg. /ml. En la oligoovulatoria la concentración de estradiol >30 pg. /ml suele indicar cierto grado de función ovárica residual. Las mayores de 70 años de edad en ocasiones tienen concentraciones de este nivel, probablemente por conversión periférica.

El dato más sostenido en la transición menopáusica es la elevación de las concentraciones séricas de hormona estimulante del folículo. En las mujeres que menstrúan, la FSH el día tres del ciclo debe ser de 5 a 10 UI/L si cuentan con ovarios normalmente funcionales. Las concentraciones elevadas de FSH (10 q 25 UI/L) sugieren resistencia ovárica relativa compatible con transición menopáusica, incluso si las concentraciones de estradiol se encuentran dentro de los límites normales. Desde el punto de vista fisiológico, esto se considera resultado de disminución en la producción de inhibina por los folículos ováricos durante el último decenio de la función menstrual.

Las concentraciones de FSH mayores de 40 UI/L son compatibles con interrupción completa de la función ovárica. Sin embargo, la función ovárica puede aumentar y disminuir en vaivén durante varios años. Por tanto, las mujeres con amenorrea y concentración de FSH mayor de 40 UI/L pueden reiniciar la menstruación durante un período breve en su futuro, y en ocasiones puede incluso haber un embarazo.

La valoración de las concentraciones de hormona luteinizante (LH) parece ser de menos utilidad que las otras mediciones hormonales durante la transición menopáusica. Antes de la menopausia, las concentraciones de LH deben encontrarse en los límites de 5 a 20 UI/L. Aunque las concentraciones de LH aumentan durante la transición menopáusica de manera semejante a lo que ocurre con la FSH, las de LH están también elevadas en grado importante durante la fase de secreción rápida de mitad del ciclo y en los casos de anovulación crónica.⁷

En 1998 la National Osteoporosis Foundation creó una serie de guías para el uso e interpretación de las mediciones de la densidad mineral ósea. Se recomienda que estas se realicen en los siguientes grupos:

- Todas las mujeres pos menopáusicas menores de 65 años que tienen uno o más factores de riesgo adicionales para desarrollar osteoporosis.
- Todas las mujeres de 65 años o mayores, independientemente de factores de riesgo adicionales.
- Mujeres pos menopáusicas que se presentan con fractura.
- Mujeres que consideran tratamiento para osteoporosis si la prueba ayuda a facilitar la decisión.
- Mujeres que han tenido tratamiento de reemplazo hormonal por períodos prolongados.¹¹

1.6. Tratamiento

A partir de los 40 años de edad, la conservación sistemática de la salud debe incluir investigación de los problemas relacionados con los cambios hormonales. De manera sistemática deben plantearse preguntas en cuanto a los cambios de la función menstrual, la hemorragia anormal, los bochornos, los trastornos del sueño y la función sexual. En estos casos son de gran importancia la identificación oportuna de los problemas peri menopáusicos y la intervención apropiada.

En su mayoría las mujeres experimentan ciertos efectos de la deficiencia de estrógenos durante la menopausia. Otros síntomas que la acompañan a menudo podrían no estar directamente relacionados con la deficiencia de estrógenos, sino ser multifactoriales. Los efectos pueden variar entre malestar de duración breve hasta cambios a largo plazo que pueden tener un efecto profundo sobre la salud de la mujer. Tanto los efectos a corto plazo como los crónicos reaccionan al tratamiento de restitución de estrógenos.

La piedra fundamental del tratamiento para el climaterio sigue siendo una evaluación cuidadosa de los síntomas y sus repercusiones.

Los tratamientos alternativos se sugieren cuando los tratamientos farmacológicos, o los síntomas no son muy graves, así puede intentarse un tratamiento alternativo, y en la mayoría de los casos pueden coexistir: hablamos con esto de modificaciones en el estilo de vida, en la dieta, en el ejercicio y en la mayoría de los casos aunado al tratamiento farmacológico,¹¹ así es que todas las mujeres deberían ser tratadas especialmente si: es una menopausia precoz (antes de los 45 años), es una menopausia iatrógena (provocada por el médico), paciente con alto riesgo de enfermedad cardiovascular, si hay sintomatología de menopausia.³⁹

Antes de comenzar un tratamiento farmacológico se debe conocer la frecuencia e intensidad de los sofocos y la repercusión de éstos en la vida diaria de la mujer y el desarrollo de sus actividades. En muchos casos los síntomas son leves, con escasa duración y no requerirán tratamiento, indicándole a la mujer una serie de consejos de modificación de hábitos de vida, tales como mantener la temperatura del cuerpo lo más fresca posible, beber bebidas frías, usar ropa ligera, evitar comidas especiadas o con picante, mantener un peso adecuado, realizar ejercicio de forma regular, evitar café, alcohol y tabaco, reducir el estrés y realizar respiraciones pausadas.

1.6.1. Ejercicio

Algunos estudios clínicos del ejercicio demuestran una reducción en el enojo y la depresión en mujeres que lo realizan. Se ha demostrado que las pacientes con depresión neurótica leve se mantienen clínicamente en buen estado realizando ejercicio como psicoterapia.¹¹

Así que para prescribir el ejercicio se recomienda una duración de práctica de ejercicio de un mínimo de 20 minutos a máximo una hora en promedio. El ejercicio se debe realizar de tres a cinco veces a la semana, los niveles de entrenamiento nunca serán máximas, es decir, que no deben superar la frecuencia cardíaca sobre las pruebas funcionales, normalmente en los ejercicios aeróbicos o cardiovasculares se debe trabajar sobre 55 al 75% de la frecuencia cardíaca y para los ejercicios anaeróbicos o de tonificación entre 40 y 60% de las cargas máximas, mientras el ejercicio regular es esencial en el tratamiento de la osteoporosis. Deben tomarse precauciones para evitar lesiones en la práctica del ejercicio, como en el caso de los ejercicios de flexión los cuales podrían curvar la columna hacia delante (abdominales) y causar un daño mayor.

El ejercicio puede prevenir o atrasar el progreso de la osteoporosis, causando la formación de hueso nuevo. Así los objetivos del ejercicio en el tratamiento de la osteoporosis son: restaurar las funciones osteomusculares, fortalecimiento muscular, mejorar la autoconfianza corporal ya que se sentirá la paciente más sana y más optimista, aumentar la seguridad en las actividades de la vida diaria, disminuir la resorción ósea, prevenir las fracturas, disminuir el dolor óseo, aumentar los tiempos de reacción motora: coordinación, flexibilidad, equilibrio; aumentar la velocidad de la marcha, aumentar funcionalidad, mejorar la concentración, el apetito y el sueño; mejorar la respuesta cardiovascular y evitar el sobrepeso.

Los ejercicios para levantar peso y los de fuerza son benéficos para el desarrollo y el mantenimiento óseos.³³ Incluso las formas leves de ejercicio que mejoran la agilidad y el equilibrio puede ser benéfico para el esqueleto. La carga activa de peso y los ejercicios de fuerza pueden aumentar la masa ósea si aumentan la masa muscular y la fuerza.

La aplicación de estrés pasivo al hueso también parece ser prometedora, ya que los resultados más positivos provienen del uso de la alta frecuencia en los sistemas de vibración corporal.^{33, 41} Un meta análisis encontró que las mujeres pos menopáusicas que se ejercitaban aumentaron su DMO en la columna en aproximadamente 2%; para las mujeres que recibían terapia estrogénica, el ejercicio de fuerza proporciona beneficios adicionales a la DMO en comparación con la terapia sola.^{33, 42}

1.6.2. Nutrición

Se ha visto que una dieta debe cumplir cuatro requisitos básicos para sentirse bien y estar bien, ya que debe ser completa (aportar todos los componentes necesarios para el organismo y que satisfaga la necesidad de comer, garantizando un buen estado de salud; desde el punto de vista fisiológico, psicológico y social; equilibrada ya que los nutrientes deben mantener una proporción entre sí, para que cada uno cumpla su función específica y se acoplen entre ellos): proteína 10-15% del valor calórico, grasas 25-30% del valor calórico y carbohidratos 50-60% del valor calórico.

Suficiente, para cubrir las necesidades del organismo, además debe ser una adecuada alimentación dependiendo de la edad, el sexo, las necesidades fisiológicas, de la estructura corporal y estado de salud; así con esto podemos decir que la mujer a partir de los 35 años de edad debe aumentar la ingesta de vegetales, frutas, cereales, lácteos, leguminosas, (además es importante darles a conocer alimentos que contienen estrógenos vegetales como los frijoles, lentejas, frutos secos); agua, entre otros ya que es importante para la prevención de la osteoporosis y de la disminución de colágeno, obteniendo los nutrientes antes mencionados de la dieta diaria, además de ser conveniente tomar un suplemento diario de vitaminas y minerales como: complejo B, magnesio, calcio (1 gr al día, en la pos menopausia); vitaminas C, D y E; ácido fólico y una disminución de los excitantes: café, té, alcohol, tabaco, además de ser recomendable una dieta pobre en grasas y en hidratos de carbono.⁴⁰

1.6.3. Tratamiento farmacológico

En el tratamiento de los síntomas vasomotores de la menopausia han aparecido, en los últimos años, nuevas informaciones que han creado cierto escepticismo entre los profesionales, a la hora de abordarlos. Desde la introducción como tratamiento en 1947 del Tratamiento Hormonal Sustitutivo (TRS) han existido distintos estudios que han modificado la visión que se tenía de esta posibilidad terapéutica que culminó con la aparición del estudio Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators (WHI) en el año 2002 y el estudio Million Women Study Breast cancer and hormone replacement (MWS) en el año 2003, que llevaron a la publicación de la limitación del uso de THS por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios sobre "Restricciones de las indicaciones terapéuticas de la Terapia Hormonal de Sustitución en la menopausia" en 2004. Reconociendo lo existente actualmente en la bibliografía, los estrógenos, con o sin progestágenos, es la opción más eficaz para paliar los sofocos y las sudoraciones nocturnas de intensidad moderada y severa.

Las recientes revisiones del tratamiento con THS⁴³ respecto a distintos aspectos potenciales del mismo, concluyen, tras proponerse como objetivo de estudio los efectos clínicos a largo plazo, que en mujeres sanas el tratamiento hormonal continuo combinado aumentó significativamente el riesgo de tromboembolia venosa o eventos coronarios tras un año de tratamiento, de accidente cerebro vascular tras 3 años de tratamiento, de cáncer de mama tras 5 años de tratamiento y colecistopatía. La THS con estrógenos solos a largo plazo también produjo un aumento significativo de riesgo de accidente cerebro vascular y de colecistopatía. En general, los únicos beneficios estadísticamente significativos de la THS fueron la reducción de la incidencia de fracturas y de cáncer de colon con el tratamiento a largo plazo. Entre las mujeres relativamente sanas mayores de 65 años tratadas con THS continua combinada, hubo un aumento significativo de la incidencia de la demencia.

Existe una sólida evidencia que indica que la terapia estrogénica sin oposición, en dosis moderadas y elevadas, se asocia a un aumento de los índices de hiperplasia endometrial, de sangrado irregular y del consiguiente incumplimiento con el tratamiento. El uso de una terapia secuencial con progesterona se asocia a una reducción de la tasa de hiperplasia y a un mayor índice de cumplimiento existiendo menos probabilidades de sangrado irregular.

Con base en lo anterior se concluyó que el tratamiento hormonal no se indica para el tratamiento de rutina de la enfermedad crónica, necesiándose más pruebas acerca de la seguridad del tratamiento hormonal para el control de los síntomas climatéricos, aunque el uso a corto plazo parece ser relativamente seguro en mujeres jóvenes y sanas.⁴³ Revisiones sistemáticas realizadas por la colaboración de Cochrane (2007), concluyó que la terapia de remplazo hormonal por vía oral es sumamente efectiva para aliviar los sofocos y las sudoraciones nocturnas. Los progestágenos solos han demostrado en ensayos clínicos aleatorizados (ECA) eficacia frente a placebo en la disminución de los síntomas vasomotores y podrían ser una alternativa en aquellas mujeres que estuvieran contraindicados los estrógenos. Dentro de los tratamientos hormonales está la tibolona, esteroide sintético con una débil actividad estrogénica, progestágena y androgénica, cuyo uso está muy extendido, a pesar de que los ECA realizados sobre su eficacia son de escasa calidad y con resultados no definitivos, entre sus secundarismos se encuentran dolor abdominal, aumento de peso, cefalea y posibilidad de sangrado pos menopáusico.

Entre los tratamiento no hormonales se hallan los antidepresivos y fármacos de acción sobre sistema neuroendocrino, como la clonidina, gabapentina y veralipiride (recientemente retirada del mercado por sus efectos tóxicos). Los distintos ECA de estos fármacos presentan una serie de limitaciones, como escaso número de mujeres y tiempo de seguimiento corto, por lo que su utilidad es limitada y no tienen aprobada, en su ficha técnica, esta indicación terapéutica.

Los potenciales problemas detectados con la THS han llevado a la aparición de productos fitoterápicos, que salvo algunos que son especialidades farmacéuticas publicitarias, no existen datos de su seguridad, principio activo y cantidad del mismo presente en su composición, encontrándose en farmacias y herbolarios sin necesidad de receta médica:

a) Fitoestrógenos

Se encuentran presentes en frutas, cereales, legumbres y vegetales, y sobre todo, en los granos de soja. Tienen una actividad estrogénica débil con una afinidad por los receptores estrógenicos de 100 a 100000 veces mayor. Entre los fitoestrogenos se encuentran las isoflavonas, que son las que poseen mayor actividad estrogénica (se encuentran principalmente en la soja) y los lignanos que se encuentran en cereales, legumbres y frutas. Estas sustancias vienen avaladas por estudios de poblaciones asiáticas en las que se han relacionado los posibles beneficios del consumo de la soja con el alivio de los síntomas vasomotores de la menopausia, al observarse en ellas una menor incidencia de sofocos.

b) Plantas medicinales

Cimifuga racimosa: Presenta efectos estrogénicos, pero se desconoce el componente activo y su posible mecanismo de acción. Sus estudios son de duración inferior a 6 meses y con resultados muy dispares, no demostrando de forma concluyente su eficacia en el tratamiento de los sofocos; encontrando relación con hepatopatía sin concluir al momento que sea un efecto secundario de la cimifuga.

Utilización de otras plantas: Distintos tratamientos fitoterápicos conteniendo aceite de onagra, Angelica sinensis y Panax ginseng se han utilizado en el tratamiento de los sofocos, pero ningún ensayo ha demostrado un efecto superior a placebo. La Angelica ha presentado interacciones con anticoagulantes, existiendo la posibilidad de sangrado. El aceite de onagra ha presentado interacciones con anticonvulsivantes y antidepressivos tricíclicos. No se recomienda la administración de ginseng con los Inhibidores de la Monoaminoxidasa, la warfarina y los hipoglucemiantes, y se ha descrito un aumento del riesgo de sangrado al interactuar el ginseng con los antiinflamatorios no esteroideos y los salicilatos^{43, 44}

Dados los efectos fisiopatológicos de la deficiencia de estrógenos en el tracto urinario inferior, desde 1940 se ha empleado la terapia estrogénica, tanto por vía vaginal como transdérmica, en el tratamiento de las infecciones del tracto urinario (ITU) en pacientes pos menopáusicas. Existe controversia en la literatura ya que no hay datos concluyentes de la eficacia de los estrógenos por vía oral en las ITU de repetición, por lo que para tratar las ITU recurrentes se aconseja como

primera opción el tratamiento antibiótico durante 6-12 meses y como profilaxis alternativa en mujeres pos menopáusicas los estrógenos vía intravaginal.⁴⁴

Sartori estudió el efecto del tratamiento hormonal (estrógenos más progestágenos) sobre la incontinencia de estrés en 30 mujeres pos menopáusicas con test uro dinámicos, antes y después del tratamiento, y encontró una mejoría evidente: 46% se curaron y el 43% mejoraron notablemente, pero la mayoría de los estudios no corroboran dichos resultados.⁴⁵

Otros investigadores concluyen que el tratamiento contra la incontinencia urinaria basado sólo en estrógenos o en su combinación con progestágenos empeora y eleva el riesgo de incontinencia urinaria (IU) en mujeres pos menopáusicas. Se realizó un estudio para determinar los efectos durante un año de la THS en la incidencia y gravedad de los síntomas de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE). Analizaron 27,347 mujeres pos menopáusicas de edades comprendidas entre 50 y 79 años con IUE y descubrieron que la THS elevó la incidencia de todos los tipos de IU. Los riesgos fueron mayores para la IUE con tratamiento con estrógenos en monoterapia. Así pues, los resultados mostraron que la THS no ofrece protección contra ningún tipo de IU sino que ambos tipos de terapia incrementan el riesgo de IU y empeoran la existente.⁴⁶

La THS teóricamente aporta beneficios en las patologías urogenitales, pero no se debe olvidar que provoca una serie de riesgos sobre los que existe controversia en la literatura. Así en la incontinencia urinaria, dados los riesgos asociados a este tipo de terapia hormonal, deben considerarse alternativas más válidas y con menos efectos secundarios para su tratamiento como la rehabilitación de la musculatura del suelo pélvico mediante ejercicios de Kegel y terapias dirigidas a la acomodación vesical. Considerando en una segunda opción el tratamiento con preparados vaginales de estrógenos, sobre todo, en mujeres con vejiga hiperactiva.

Algunos autores propugnan como tratamiento de la falta de deseo sexual en la mujer el uso concomitante de testosterona junto a estrógenos, al mostrar más beneficios que el uso aislado de estrógenos. La testosterona por vía transdérmica ofrece mayor seguridad, con menos efectos hepáticos y alteraciones lipídicas, por lo que se aconseja en aquellas mujeres con deficiencia androgénica. El único tratamiento aprobado por la FDA como terapia androgénica en mujeres pos menopáusicas es el estratest, combinación de metitestosterona y estrógenos por vía oral a dosis de 1,25-2,50 mg/día. Por si solos estos tratamientos hormonales no consiguen solucionar los problemas de deseo sexual, éstos pueden ser útiles si se acompañan de una terapia sexual en pareja. La THS con estrógenos indirectamente mejora la sexualidad en el climaterio, al aliviar la sequedad y atrofia genital.⁴⁸

Los estrógenos, tanto por vía oral como intravaginal, solos o asociados a gestágenos, han demostrado ser eficaces en el tratamiento de los síntomas vaginales. La mayor eficacia del tratamiento por vía vaginal y las bajas dosis de estrógenos administradas por esta vía, sin que exista aumento significativo de hiperplasia o proliferación endometrial, tanto en tabletas, cremas, óvulos o anillos vaginales, aconsejan su utilización frente a la terapia sistémica. Así es que se concluyó que el estradiol por vía intravaginal en cremas, supositorios, óvulos o anillos es efectivo para el alivio de los síntomas de la atrofia vaginal.⁴⁷

Si se le indica a la mujer climatérica estrógenos vaginales para la vaginitis atrófica sintomática las dosis recomendadas son: óvulos de estriol (0,5 mg) diariamente durante 2-3 semanas y posteriormente un ovulo 2 veces a la semana. El tiempo durante el cual se recomienda aplicar estos tratamientos no está bien definido, se aconseja emplearlos durante 1-2 años, coincidiendo con el tiempo de duración de los estudios existentes. Otra forma estrogénica es el promestrieno (diéter-estradiol) disponible en cremas para aplicación intravaginal con una pauta similar a las otras formas de estrógenos. Los estrógenos por vía sistémica no deben ser indicados para esta patología, debido a su elevado riesgo y menor eficacia que la administración por vía tópica.⁴⁹

La terapia estrogénica o estrógeno/progestina es eficaz en la prevención de osteoporosis y disminuye el riesgo de fractura vertebral, de caderas y otras fracturas osteoporóticas. La terapia con raloxifeno disminuye el riesgo de fractura vertebral en mujeres pos menopáusicas con osteoporosis, reduciendo la actividad de los osteoclastos y el riesgo de fractura en 50%, la dosis es de 60mg al día por vía oral. La terapia con tibolona en osteoporosis mejora los marcadores de recambio óseo y aumenta la densidad ósea, no habiendo aun publicaciones relativo al impacto sobre el riesgo de fractura osteoporótica. La mujer pos menopáusica con síndrome climatérico que requiere tratamiento hormonal está previniendo la osteoporosis y el riesgo de fractura osteoporótica. En la mujer asintomática desde el punto de vista del síndrome climatérico, que requiera tratamiento para la osteoporosis, se debe preferir una alternativa terapéutica antirresortiva ósea no hormonal como bifosfonatos: como el alendronato de sodio que se ha aceptado tanto en prevención como en tratamiento de la osteoporosis, reduciendo la pérdida del hueso, aumentando la densidad ósea de la columna y cadera a dosis 5mg/día o 35mg/semana, los efectos secundarios pueden incluir náusea, irritación de esófago y dolor músculo-esquelético.

La calcitonina posee efectos antirresortivos al inhibir la actividad de los osteoclastos y aumentar la entrada de calcio a la matriz ósea, presentando un efecto analgésico, administrándose 50 a 100 UI vía parenteral o intranasal en días alternos pudiendo incrementar la masa ósea 1-3%, sus efectos adversos incluyen bochornos, náusea y vómito además de fenómeno de resistencia.

En prevención o tratamiento de osteoporosis, siempre es mandatorio recomendar una ingesta adecuada de calcio (lácteos/suplemento) y vitamina D (exposición solar/suplemento) como fármaco se puede prescribir el calcitriol análogo sintético más usado, la dosis diaria es de 0.25mcg consiguiendo aumentar la absorción de calcio además de la actividad física regular.^{50, 2}

Por último, es importante tomar en cuenta que hay que valorar a cada paciente para darle manejo personalizado y de esta manera cubrir todas y cada una de sus necesidades para que estos cambios que se presentan durante el climaterio, sean más llevaderos y aceptados por la paciente.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El éxito de una sociedad depende del bienestar y productividad de cada uno de sus elementos. Inevitablemente el ciclo vital del ser humano se ve afectado por periodos en donde la funcionalidad del individuo es menor, o en todo caso, distinta a la ejercida durante los periodos de vida más productivos. Es un hecho bien difundido que la demografía del mundo, así como la de México sufre una transición lenta, pero inexorable hacia un mayor peso de la tercera edad en la población y los padecimientos que en ella prevalecen. La pirámide poblacional adquiere una base cada vez más estrecha mientras que en la cúspide se acumulan las personas adultas. En México, desde 1940, la tendencia es que cada 20 años la cantidad de adultos se duplique. En este contexto una serie de problemáticas que la sociedad tarde o temprano tendrá que enfrentar. En primera instancia, a la mujer se le ha visto hasta antes de la liberación femenina “como un objeto de uso mientras funciona” pero al declinar esta función principalmente reproductiva se le ha hecho creer “que ya no sirve” “que ya no es mujer” “que ya esta vieja” cuando lo que realmente sucede es que la falta de información previo a un conocimiento científico desde el entorno social hasta incluso el área médica es lo que lo hace ver de ese modo. Por ello es de vital importancia el conocimiento del cuadro clínico general de la mujer en etapa de climaterio tomando en cuenta que es una etapa amplia desde los 35 hasta los 65 años de edad, más de la mitad de su vida, por ello, tomando en cuenta que estadísticas mundiales refieren que cerca de 70% de las mujeres en climaterio experimentan bochornos o sudoraciones y en un 50% de los casos, se presentan durante la noche cuando la mujer está dormida; de tal manera, hasta 20% de los casos ven alterado el desarrollo de sus actividades cotidianas y calidad de vida, lo que da lugar a fatiga, ansiedad y nerviosismo. Los bochornos son uno de los marcadores más comunes del periodo de transición a la menopausia y de las etapas tempranas del climaterio y se definen como una sensación temporal de calor, especialmente en la parte superior del cuerpo. Se inician varios años antes de la menopausia, aun en mujeres con ciclos regulares y generalmente aumentan conforme éstos se vuelven irregulares, alcanzando su máxima intensidad y mayor frecuencia entre 1 y 2 años después de la menopausia; pueden persistir hasta por 5.15 o más años después de ésta. La intensidad de la sintomatología se relaciona con el estilo de vida, entre otros⁵¹. Cada mujer experimenta el climaterio en forma diferente, pues hay quienes sufren incomodidades mínimas, mientras que otras presentan síntomas moderados o graves. Con el paso del tiempo y sin una adecuada supervisión médica los síntomas del climaterio se acentúan y en algunas mujeres surgen problemas como: insomnio, pérdida de la memoria, atrofia vaginal, infecciones vaginales, dispareunía, incontinencia urinaria, depresión, entre otros; estos datos hasta en un 60% de la población femenina entre los 45 y 65 años de edad con mayor frecuencia; en las evaluaciones de las mujeres para determinar la severidad de los síntomas climatéricos se encontró que sólo el 28.85% mostraron síntomas moderados a graves, mientras que el resto (71.15%) corresponde a sintomatología leve⁵⁹ por eso es de vital importancia acudir regularmente con un médico que de manera individual le recomiende

a la paciente la terapia más adecuada para cada caso. Con relación a lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son las características clínicas de las pacientes que cursan con climaterio en la población de la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios?

3. JUSTIFICACIÓN

Trascendencia:

La adquisición de un modo de vida occidental, aunado a la mayor esperanza de vida, determina que en la actualidad los padecimientos propios de cada género masculino o femenino deben ser tomados en cuenta ya que poco a poco demandan por la difusión del tema atención en los servicios de salud. Por ello es importante Incluir en el programa de salud reproductiva un apartado que trate lo referente a la mujer en la etapa de climaterio y menopausia, ya que se carece de programas referentes a estos padecimientos en los servicios básicos de salud. Dar a conocer a la población en general, ya que a pesar de que en estos tiempos donde se está más abierto a todo tipo de información y principalmente acerca de estos padecimientos: climaterio y menopausia y los cambios físicos, orgánicos y psicológicos que estos conllevan aún encontramos que a la mujer se le rechaza y aparta cuando empiezan a manifestarse, considerando que es incapaz de realizar muchas actividades propias de su vida diaria, ya que algunas expresan despectivamente que no puede porque “ya está entrando a la vejez” cuando en realidad se puede considerar que están iniciando otra etapa de su vida, por ello al realizar esta investigación se pretende dar a conocer aspectos relevantes de estos cambios naturales a aquellas personas que aún no entienden o conocen que ningún cambio hace inferior a una mujer ya que es parte de su evolución.

La escasez de investigaciones acerca del climaterio y menopausia por parte del personal de salud, ya que este será el primer trabajo de investigación que se llevará a cabo por parte de un integrante de una clínica de consulta externa del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios y podrá ser una base fundamental para poder participar en la realización de la guía clínico terapéutica de la institución con relación a la “Atención de la mujer en la etapa de climaterio”. Por ello el propósito de esta trabajo es identificar los datos clínicos desde los físicos, psicológicos y socioculturales para que al conocerlos se les identifique prontamente y se intervenga de la mejor forma y tiempo posibles.

Ya que si bien hay información, está o no se difunde o simplemente se da a conocer pero con carencias por esa falta de preparación al respecto, tomando en cuenta que la población femenina predomina en este medio y que debe ser tomada en cuenta en todas y cada una de sus diferentes etapas de la vida; tomando en cuenta lo importante que es la mujer sana en cuerpo y mente para poder ofrecer lo mejor a su entorno ya sea laboral, personal y muy importante familiar si esta es madre de familia; por ello es conveniente que en general sea conocido el tema y desmitificar tantas creencias para de esta forma ayudar a vivir una vida normal en todo el periodo climatérico conociendo desde el significado correcto de este término así como todos los aspectos físicos, psicológicos y sociales que en este periodo se pueden o no presentar, como tratarlos desde la paciente hasta su entorno social como debe ser comprendida y tratada como un cambio normal

más dentro de su vida de acuerdo con su edad; tomando en cuenta que ya paso por la infancia, adolescencia, juventud y ahora entra a la etapa de adultez y con ella el periodo que le acompañara por lo menos durante 30 años de su existencia y esta debe ser con toda la calidad existente posible para estar en el mejor estado biopsicosocial posible, pero esto con base en estudios científicos al respecto y la difusión necesaria no solo para las pacientes sino para todas las mujeres y con ello se les beneficiara a las futuras generaciones tanto del género femenino como del masculino quien entenderá con bases en el conocimiento cada uno de los cambios que se van presentando y se quitaran poco a poco mitos e ideas culturales que hacían y hacen menos a la mujer al estar en este periodo más de su vida; con lo anterior se aprecia que esta investigación repercutirá enormemente en la comunidad de mujeres en etapa de climaterio así como en lo personal tendré amplio conocimiento como Médico Familiar para la atención pronta y oportuna para este padecimiento en particular y lograré impactar en los familiares de las pacientes.

Lo anterior es de suma relevancia en la práctica de la Medicina Familiar ya que está encaminado a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado y eficaz al detectar prontamente la sintomatología de la paciente; así como el abordaje con su núcleo familiar a quienes se les dará a conocer lo relacionado con el tema y por lo tanto tendrán una amplia participación con la paciente y de este modo superara lo que se le presente en el transcurso de la etapa climatérica. Por lo anterior es importante que el médico familiar quien es el primer contacto con la paciente conozca lo relacionado con el cuadro clínico para hacer una adecuada detección y trascienda en la familia de cada una de las pacientes y sepan cómo ayudarle a la paciente, si esto no se conoce se le seguirá tratando a la paciente por un síntoma aislado y no por la etapa que está viviendo y con ella su sintomatología. Ya que el impacto que tiene el climaterio sobre las mujeres es de gran importancia, ya que involucra cambios en lo emocional, físico, biológico y psicosocial, con ello tiene repercusiones en el deterioro en su funcionamiento diario y personal, de ahí la importancia de conocer perfectamente por parte del Médico Familiar el cuadro clínico de las mujeres en esta etapa de la vida, sobre todo cuando en la actualidad el promedio de vida de las personas se ha incrementado, para el 2012 a 76.32 años de edad⁵⁶.

Magnitud:

En 2010 se registraron en el estado de México 1, 137,647 de habitantes de 60 años de una población total de 15, 175,862 habitantes, de los cuales 3, 400, 000 habitantes son mujeres de entre los 35 a los 65 años de edad^{56,57}.

Las últimas proyecciones de población disponibles señalan que seguirá habiendo incrementos importantes y se estima que entre 2010 y 2011 habrá un crecimiento de 521 personas cada día. Las transformaciones de la dinámica geográfica han sido muy importantes en los últimos años. De hecho en un periodo relativamente corto, 35 años, la natalidad se ha reducido notablemente y el

impacto de la mortalidad también. Asimismo, el periodo de la vida media de una persona es cada vez mayor⁵⁷.

En México según el censo de población y vivienda realizado en el Instituto de Estadística Geográfica e Informática, en el 2005 había 103,263,388 habitantes, de los cuales 53,013,433 eran mujeres (51.3%); del total de mujeres el 11.4% (6,064,934) eran mayores de 55 años, las cuales en su gran mayoría tuvieron ya su última menstruación; con una esperanza de vida de 28 años, por lo que viven una tercera parte de su vida sin función ovárica. De acuerdo con lo anterior deriva la importancia de que los profesionales del cuidado de la salud comprendan los cambios hormonales y metabólicos asociados con el climaterio, los beneficios y los riesgos potenciales de la terapia hormonal⁵⁸.

Factibilidad:

Para llevar a cabo el presente estudio se cuenta con los recursos necesarios para llevar a cabo los objetivos señalados, tanto en tiempo, como en costo, así como el apoyo institucional necesario y principalmente la participación de las pacientes que están interesadas en conocer más acerca del tema que les atañe para su propio bienestar.

Vulnerabilidad:

Si bien una importante parte de las investigaciones se orientan a definir aspectos como la incidencia-prevalencia de enfermedades, sus complicaciones, fisiopatología y comparación de regímenes terapéuticos en el climaterio, pocos han sido los que han visto la repercusión integral del padecimiento que incide en grado de funcionalidad actual y previa de la paciente en este periodo. Se presupone que este acontecimiento por su carácter silente, no implica un riesgo para la vida y la calidad de esta hasta que se sufren las complicaciones sean físicas, psicológicas o incluso sociales, por no saber reconocer datos que pueden marcar la pauta para iniciar con la prevención y apoyo adecuados.

La mujer climatérica muchas veces es víctima de un autentico abanico de síntomas y signos que agravan o aceleran el proceso de complicación por no reconocer el estado real en el que se encuentra la paciente ya que se divaga en pensar en diferentes enfermedades sin tomar en cuenta la etapa en la que se encuentra, con ello disminuye poco a poco la funcionalidad y calidad de vida de las personas, tanto para sí mismas como para su pareja por ejemplo, disminución de la libido lo que incluso puede provocar disolución de la pareja, con ello ruptura de una familia y por lo tanto ruptura social. Pare este estudio es importante señalar que va dirigido a todas aquellas mujeres en etapa de climaterio vulnerables, que presentan los signos y síntomas propios de esta etapa, para que con el conocimiento se logre sobrellevar de la mejor manera.

4. OBJETIVOS

El presente trabajo se plantea los siguientes objetivos:

4.1. Objetivo general

Identificar las características clínicas de las pacientes con climaterio en la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, durante el periodo de marzo a mayo de 2011.

4.2. Objetivos específicos

- Conocer síntomas y signos de acuerdo con el período del climaterio (peri menopausia o pos menopausia) en el que se ubique al grupo en estudio.
- Determinar la edad promedio de la menopausia en el medio estudiado.
- Identificar la edad promedio de la menopausia en familiares directos (hermanas).
- Evaluar la dieta del grupo en estudio.
- Establecer las horas de sueño en las pacientes con climaterio de la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez”.
- Evaluar la actividad física de las pacientes con climaterio de la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez”.
- Apreciar la frecuencia de tabaquismo en las pacientes de la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez”.
- Conocer los antecedentes ginecológicos y obstétricos de las pacientes con climaterio de la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez”.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1. Tipo de estudio

Observacional, descriptivo, transversal.

Diseño de investigación

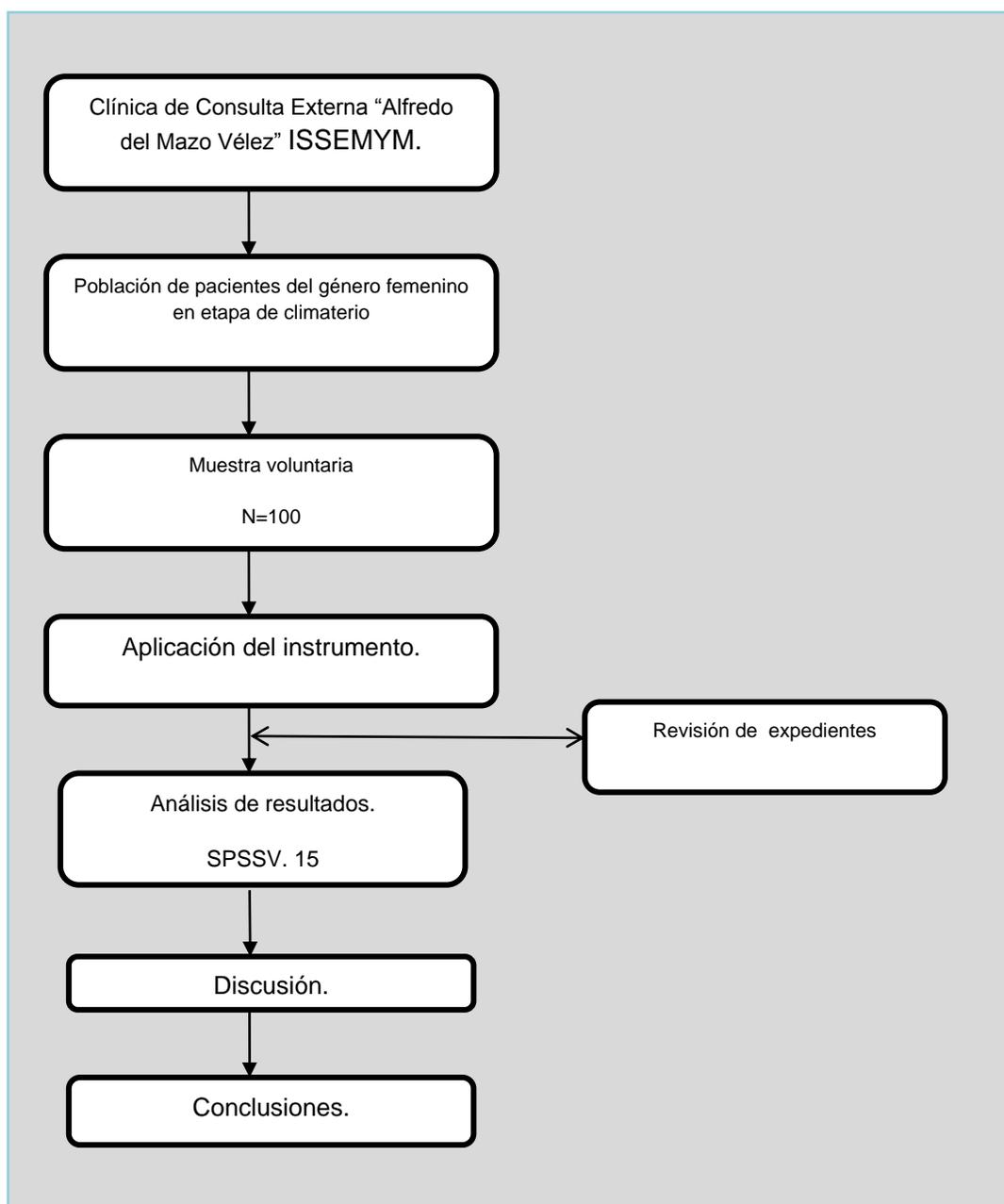


Figura 1. Diseño de investigación del estudio.

5.2. Población, lugar y tiempo

Población femenina de 35 años hasta 65 años de edad de la Clínica De Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, durante el periodo de Marzo a Mayo de 2011.

5.3. Muestra

La población de estudio comprende 100 pacientes femeninas de 35 a 65 años de edad de la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez”, del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios.

5.4. Criterios de Inclusión

- Mujeres derechohabientes del Instituto de Seguridad del Estado de México y Municipios (ISSEMYM).
- Mujeres de 35 a 65 años de edad.
- Mujeres que acepten contestar el cuestionario y el consentimiento informado.

5.5. Criterios de exclusión

- Mujeres no derechohabientes del Instituto de Seguridad del Estado de México y Municipios.
- Mujeres que no acepten participar en la investigación.

5.6. Criterios de eliminación

Cuestionarios incompletos, mal llenados o ilegibles.

5.7. Variables

Se estudiaron 7 variables que conforman el instrumento presentado en el anexo 1. Mismas que se detallan en el siguiente cuadro.

Cuadro de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	ÍTEMS
Ficha de identificación	Datos que sirven para reconocer a una persona (paciente)	Es el área donde se conoce a la paciente en estudio	Edad Estado civil Ocupación Escolaridad	Cuantitativa Cualitativa nominal Cualitativa Cualitativa nominal	1
Antecedentes Heredo-Familiares	Dato familiar en la historia patológica del paciente	Es o son las enfermedades que la familia de la paciente padece o padeció	Abierta	Cualitativa nominal	2
Antecedentes Personales Patológicos	Circunstancia en la historia patológica del paciente	Es o son las enfermedades que la paciente ha padecido	Abierta.	Cualitativa nominal	3
Antecedentes ginecológicos y obstétricos	Circunstancias en la historia de la mujer y enfermedades propias de ella	Son los datos acerca de algunos sucesos orgánicos propios de la mujer	Menarquia. Frecuencia, duración, tiempo de uso de método(s) anticonceptivo(s) Número de embarazos, partos, cesáreas, abortos, edad de primer y último nacimiento, tiempo de lactancia, edad de histerectomía, tiempo sin menstruación Antecedente de embarazo, de lactancia. Menstruación espontánea, motivo por el que ya no hay menstruación, motivo de histerectomía, tratamiento previo y reacciones secundarias.	Cuantitativa Cualitativa	4: 1, 7, 8, 10,11, 12, 13, 14, 15, 17,20. 4:9,16,18,19,21,22,23,24,25,
Estilo de vida	Término de Adles para indicar las tendencias inconscientes del individuo que influyen en la estructuración de su personalidad	Es la forma de desenvolverse día con día la paciente.	Horas de sueño Ejercicio físico Hábito de fumar Hábitos alimenticios: un vaso con leche, 1 rebanada de queso, 1 taza de búlgaros,	Cuantitativa Cualitativa Cuantitativa Cuantitativa	5: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9.

			1 taza de frijoles, lentejas o frutos secos, 1 plato de sardinas o pescado, ½ taza de verduras, 1 tortilla de maíz, 1 refresco de cola mediano, 1 taza de café con cafeína, 1 taza de atole con leche, 1 cerveza, 1 bebida como ron, brandy, tequila.		
Padecimiento actual	Sufrir un daño o enfermedad, motivo de consulta	Es o son los datos que la paciente refiere al momento de interrogarla.	Cefalea, mareos o vértigo, pérdida de la memoria, pérdida de piezas dentarias, palpitaciones, sangrado anormal, disuria, polaquiuria, tenesmo, urgencia urinaria, incontinencia urinaria, hematuria, nicturia, dolor de espalda, deformidad ósea, disminución de la estatura, bochornos, sudores, resequedad vaginal, leucorrea, prurito vaginal, sangrado anormal, mastodinia, dispareunia, disminución de la libido, frigidez, disminución de la visión, alteración de la memoria, insomnio, angustia, llanto fácil, ideas suicidas, pérdida de la autoestima, astenia, adinamia, anorexia, hiperexia, fatiga, pérdida de peso, apatía, aumento de peso, intolerancia al frío, intolerancia al calor, prurito generalizado, caída del cabello, resequedad cutánea, hipertrichosis.	Cualitativa nominal	6
Exploración física general	Investigación de las distintas partes del organismo para determinar su estado de salud	Son los hallazgos que el médico percibe a la exploración	Peso actual, talla actual, tensión arterial, IMC.	Cuantitativa	7: 1, 2, 3, 4

Fuente: Diccionario terminológico de ciencias médicas, 13ª. Edición, editorial Masson, S.A. España, 2000.

5.8. Diseño Estadístico

5.8.1. El propósito estadístico de la investigación

Describir las características clínicas en las mujeres que cursan con climaterio y la influencia de sus hábitos para que la sintomatología se presente o no.

Se realizó una sola medición.

Se trabajó con un solo grupo.

5.8.2. Grupos de estudio

Se aplicó un cuestionario a 100 pacientes mujeres que reunieron los criterios de inclusión.

5.8.3. Mediciones

Se realizó una medición en las unidades de muestreo.

5.8.4. Tipo de muestra

Aleatoria en mujeres de entre 34 a 65 años de edad.

5.8.5. Análisis Estadístico

Para el análisis descriptivo de las variables cualitativas se utilizaron números absolutos y porcentuales. Para las variables cuantitativas se utilizaron frecuencias y números porcentuales.

5.8.6. Instrumento de recolección de datos

La Asociación Mexicana para el estudio del climaterio (AMEC) y el Centro de Investigación en Salud Población del Instituto Nacional de Salud Pública, llevaron a cabo un estudio realizado por el Dr. Vázquez en 160 mujeres en 1994, el instrumento que se utiliza en este trabajo está dividido en siete secciones con variables medidas en escala nominal, ordinal y de intervalo.

Las seis secciones son:

- Estilo de vida (consumo de tabaco, alcohol, y plan de alimentación).
- Antecedentes patológicos personales y familiares.
- Uso de medicamentos.
- Historia reproductiva.
- Padecimiento actual.
- Somatometría.

5.8.7. Procedimiento de recolección de datos

Durante el periodo de marzo a mayo de 2011 se llevó a cabo la aplicación de 100 cuestionarios a pacientes mujeres que reunieron los criterios de inclusión, previo a la aplicación de las encuestas se solicitó la carta de consentimiento informado, las pacientes fueron captadas en la consulta externa de la clínica “Alfredo del Mazo Vélez” en Toluca, Estado de México. La aplicación del cuestionario fue en todos los casos realizados de manera directa, para así cumplir con el objetivo general y los específicos de esta tesis.

5.8.8. Maniobras para evitar sesgos

5.8.8.1. Sesgo de información

Pese a que este sesgo pudo presentarse, este quedó a expensas de la honestidad de la paciente entrevistada, confiando en que sus respuestas son fidedignas así como previamente se le explicó que este estudio es de carácter didáctico e institucional guardando información referida en total anonimato.

5.8.8.2. Sesgos de selección

Se presentó, ya que la participación por parte de las pacientes mujeres fue totalmente voluntaria.

5.8.8.3. Sesgos de captura

Para evitarlos al capturar los datos se tuvo mucho cuidado, pero se llevó a cabo en tres ocasiones análisis estadísticos en el programa SPSS que al terminar de capturar arrojó que no había datos perdidos, pese a ello se revisaron los cuestionarios por segunda y tercer ocasión para recapturar.

5.8.8.4. Sesgos de análisis

Se logró evitar ya que la información fue analizada adecuadamente desde el tipo de variable así como el procedimiento estadístico que se utilizó.

5.8.9. Procedimientos estadísticos

Se realizó en una base de datos en el programa SPSS versión 15 en la cual se capturaron los resultados de cada uno de los ítems del instrumento de investigación.

Para las variables cualitativas se utilizó estadística descriptiva mediante tablas de porcentajes y frecuencias y para las variables cuantitativas se utilizó medidas de tendencia central así como medidas de dispersión. Al final se hicieron gráficas.

6. ASPECTOS ÉTICOS

La investigación se ajusta a las consideraciones éticas de la Ley General de Salud y de la Declaración de Helsinki.

➤ Declaración de Helsinki:

La asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben de ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

Por lo que en este trabajo se trata de encontrar factores que influyen en el conocimiento y control adecuado de la mujer en una etapa de su vida: el climaterio, para poder evitar complicaciones y por lo tanto disminuir costos.

Además se menciona que la investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza podrá beneficiarse de sus resultados.

➤ Ley General de Salud:

Con base en el artículo 14 donde se menciona que la investigación contará con el consentimiento informado y por escrito, esto se realizará en el trabajo, se entregará una hoja de consentimiento de participación voluntaria (anexo 1) antes de aplicar el instrumento, donde se les explicaba el objetivo del estudio, así como el poder dejar de contestarlo.

Artículo 16. En las investigaciones en seres humanos se protegerán la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice. El cuestionario se manejará por folios y de manera anónima.

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su artículo 17 menciona que la investigación sin riesgo son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: Cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten

aspectos sensitivos de su conducta, el presente estudio entra dentro de este rubro, ya que es un estudio que emplea métodos y técnicas de investigación documental y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio.⁵⁵

7. RESULTADOS

De marzo a mayo de 2011 se aplicaron 100 cuestionarios a pacientes mujeres en etapa de climaterio de la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vález” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios que cubrieron los criterios de inclusión establecidos para esta investigación.

7.1. Edad

Se identificó un rango de edad de 35 a 63 años con una media de 43.67 años y una desviación estándar de 6.

7.2. ESTADO CIVIL

En lo que se refiere al estado civil de las mujeres encuestadas se encontró que el 58% (58) son casadas, el 17% (17) son divorciadas, 16% (16) solteras, 5% (5) viven en unión libre y en un 4% (4) se encontró que son mujeres viudas.

7.3. OCUPACIÓN

Con relación a su ocupación un 28% (28) son enfermeras, 23% (23) amas de casa, maestras 21% (21), secretarias 16% (16), 4% (4) médicas, 4% (4) jubiladas, 3% (3) abogadas y 1% (1) arquitecta.

7.4. ESCOLARIDAD

La escolaridad de las mujeres encuestadas 53% (53) licenciatura, 37% (37) carrera técnica y el 10% (10) secundaria.

7.5. TIPOLOGÍA FAMILIAR SEGÚN SU INTEGRACIÓN

De acuerdo con su integración familiar se encontró que el 80% (80) son familias integradas, el 15% (15) semiintegradas y el 5% (5) desintegradas.

7.6. TIPOLOGÍA FAMILIAR SEGÚN SU DESARROLLO

Se encontró que el 92% (92) de las pacientes encuestadas pertenecen a una familia moderna y el 8% (8) a una familia tradicional.

7.7. CICLO VITAL SEGÚN GEYMAN

Del total de las pacientes encuestadas en su ciclo vital familiar el 47% (47) se encontró en expansión, el 20% (20) en etapa de dispersión, 19% (19) en etapa de matrimonio, el 8% (8) solteras, el 5% (5) en etapa de retiro y muerte y sólo 1% (1) en etapa de independencia.

7.8. ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

Se identificó que las mujeres tienen como antecedentes heredofamiliares más comunes, padecimientos como: Hipertensión arterial por parte de sus hermanos en 47% (47), diabetes mellitus en 22% (22), 17% (17) negaron algún antecedente y 12% (12) padres con cáncer sin especificar el tipo del mismo.

7.9. MENARQUIA

Con la relación a la edad de la menarquia se presentó en edad temprana a los 9 años con un máximo de edad a los 16, teniendo una media de 12.40 y una desviación de 1.583.

7.10. EDAD DE LA MENOPAUSIA DE LA HERMANA MAYOR

En relación con la edad de la menopausia de la hermana mayor del grupo encuestado se obtuvo lo siguiente: Hay un rango de edad de 38 hasta 54 años de edad y el 67% (67) de las pacientes encuestadas desconoce la edad de menopausia de su hermana mayor.

7.11. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

El 88% (88) de las encuestadas refiere embarazos con un máximo de 3 embarazos y 12% (12) niega antecedentes de gestas, el 21% (18) refirió haber tenido 2 embarazos, 24% (21) fueron por cesárea y el 20% (17) presentó un aborto.

7.12. EDAD EN QUE TUVO SU PRIMER EMBARAZO

Hablando de la edad en la que se embarazaron por primera vez fue entre los 16 a los 39 años de edad.

7.13. EDAD EN QUE TUVO SU ÚLTIMO EMBARAZO

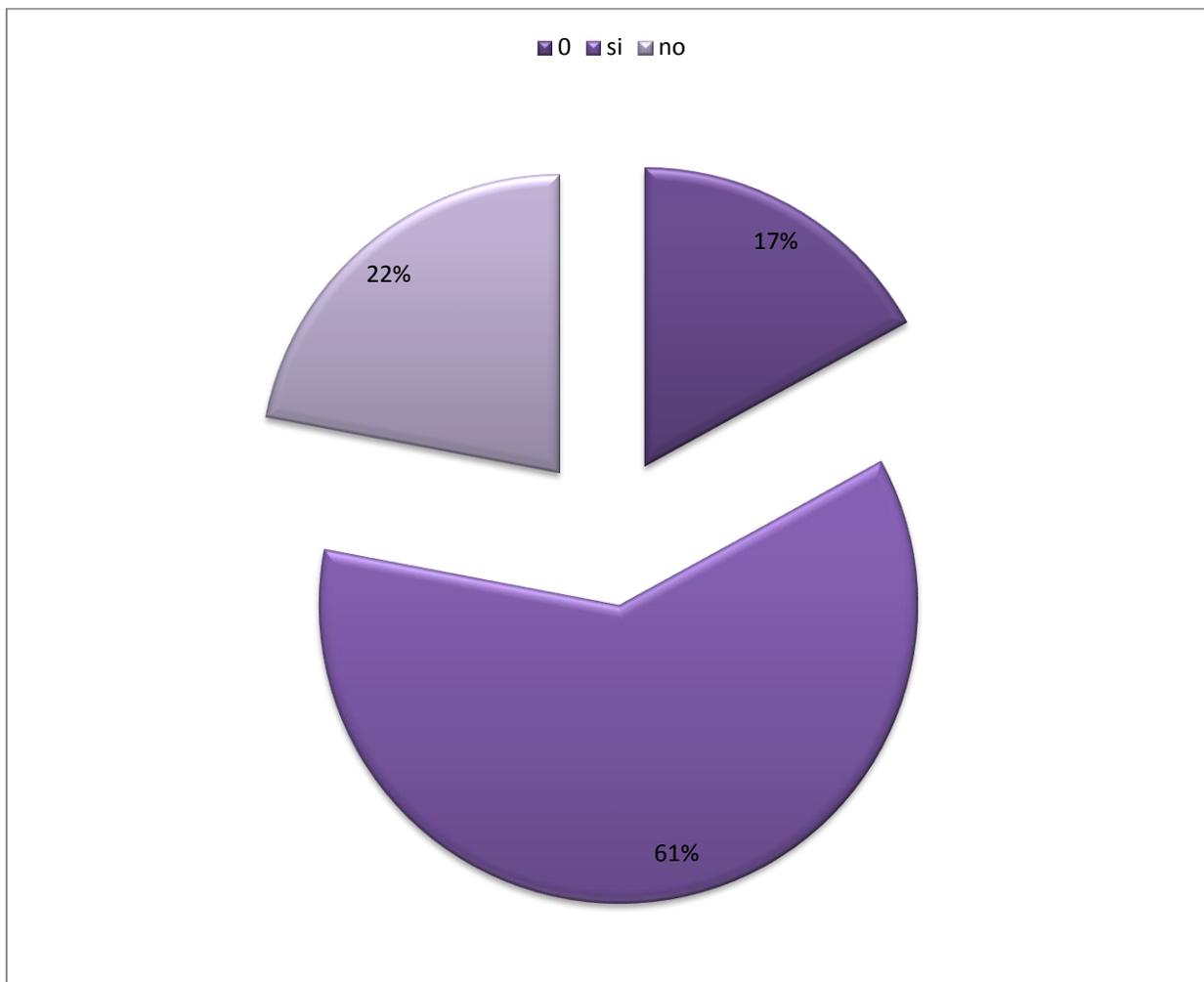
La edad en la que tuvieron su último embarazo fue entre los 17 y 39 años.

7.14. LACTANCIA

En relación con los antecedentes de lactancia 61% (61) amamantó a sus hijos y de este porcentaje un 17% (10) lo hizo durante seis meses, los resultados se muestran en el gráfico 1.

GRÁFICO No. 1

LACTANCIA EN LAS MUJERES EN ETAPA DE CLIMATERIO



Fuente: Encuestas aplicadas

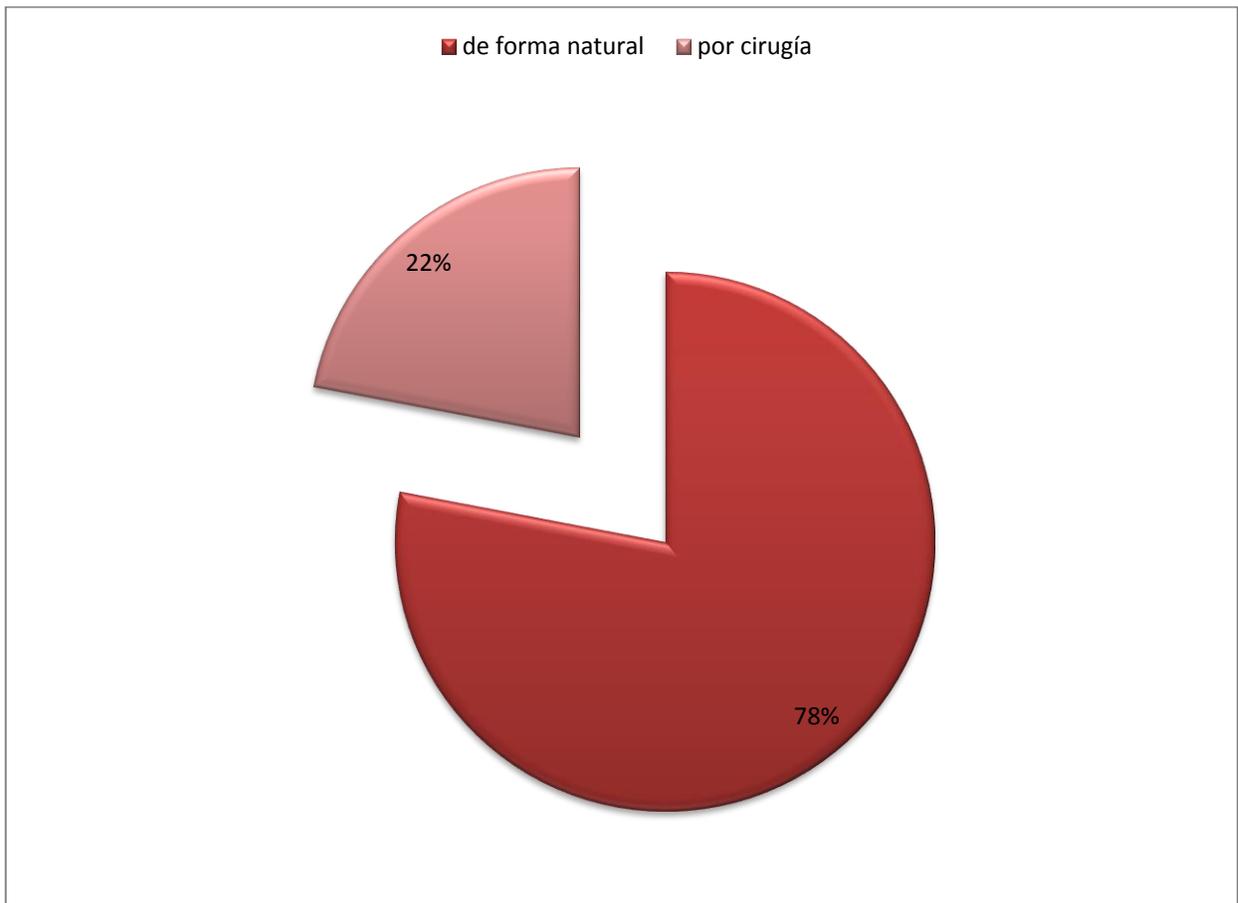
N: 100

7.15. MENSTRUACIÓN ESPONTÁNEA

Respecto a los antecedentes de la menopausia: 49% (49) ya no menstrúan de este porcentaje el 78% (38) de forma natural, el 22% (11) por causa quirúrgica y un 51% (51) menstrúan espontáneamente, los resultados se muestran en el gráfico 2.

GRÁFICO No. 2

CAUSAS DE FALTA DE MENSTRUACIÓN



Fuente: Encuestas aplicadas

N: 100

7.16. MENOPAUSIA

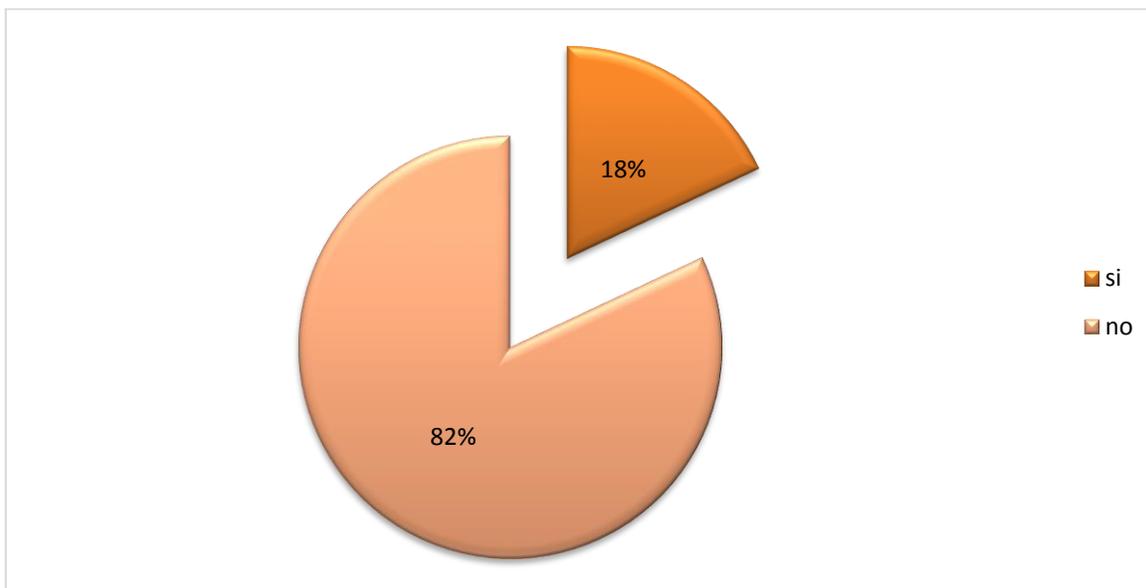
De acuerdo con la edad en la que ocurrió la menopausia se encontró que el rango se presentó de los 29 a los 55 años, con una media de 41.29 y una desviación de 5.024.

7.17. USO DE FÁRMACOS PARA CONTROL DE SINTOMATOLOGIA CLIMATERICA

En cuanto al uso de fármacos para el control de la sintomatología climática, los resultados se muestran en el grafico 3.

GRÁFICO No. 3

MUJERES QUE HAN TOMADO MEDICAMENTO COMO TERAPIA DE SUSTITUCION HORMONAL



Fuente: Encuestas aplicadas

N: 100

7.18. ESTILO DE VIDA

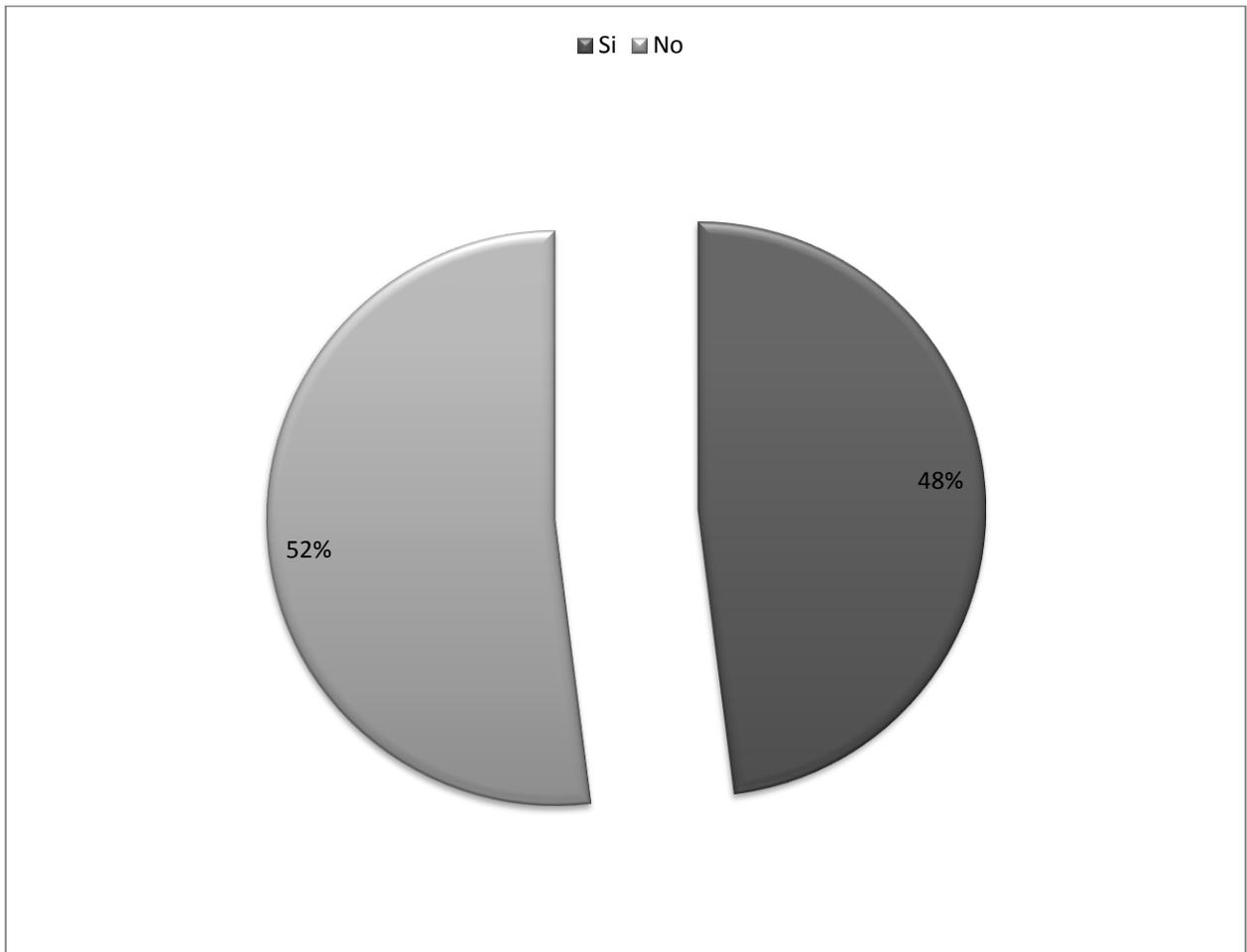
Del total de mujeres cuestionadas, refirió descansar un mínimo de 4 horas hasta 11 horas al día, con una media de 7.04, con una desviación de 1.136.

7.19. Ejercicio Físico

El 48% (48) si realizan ejercicio físico de estas el 45% (45) es de tipo aeróbico y el 3% (3) anaeróbico y el 52% (52) dijo no realizar ejercicio físico, los resultados se muestran en el gráfico 4.

GRÁFICO No. 4

EJERCICIO FÍSICO DE LAS MUJERES EN ETAPA DE CLIMATERIO



Fuente: Encuestas aplicadas

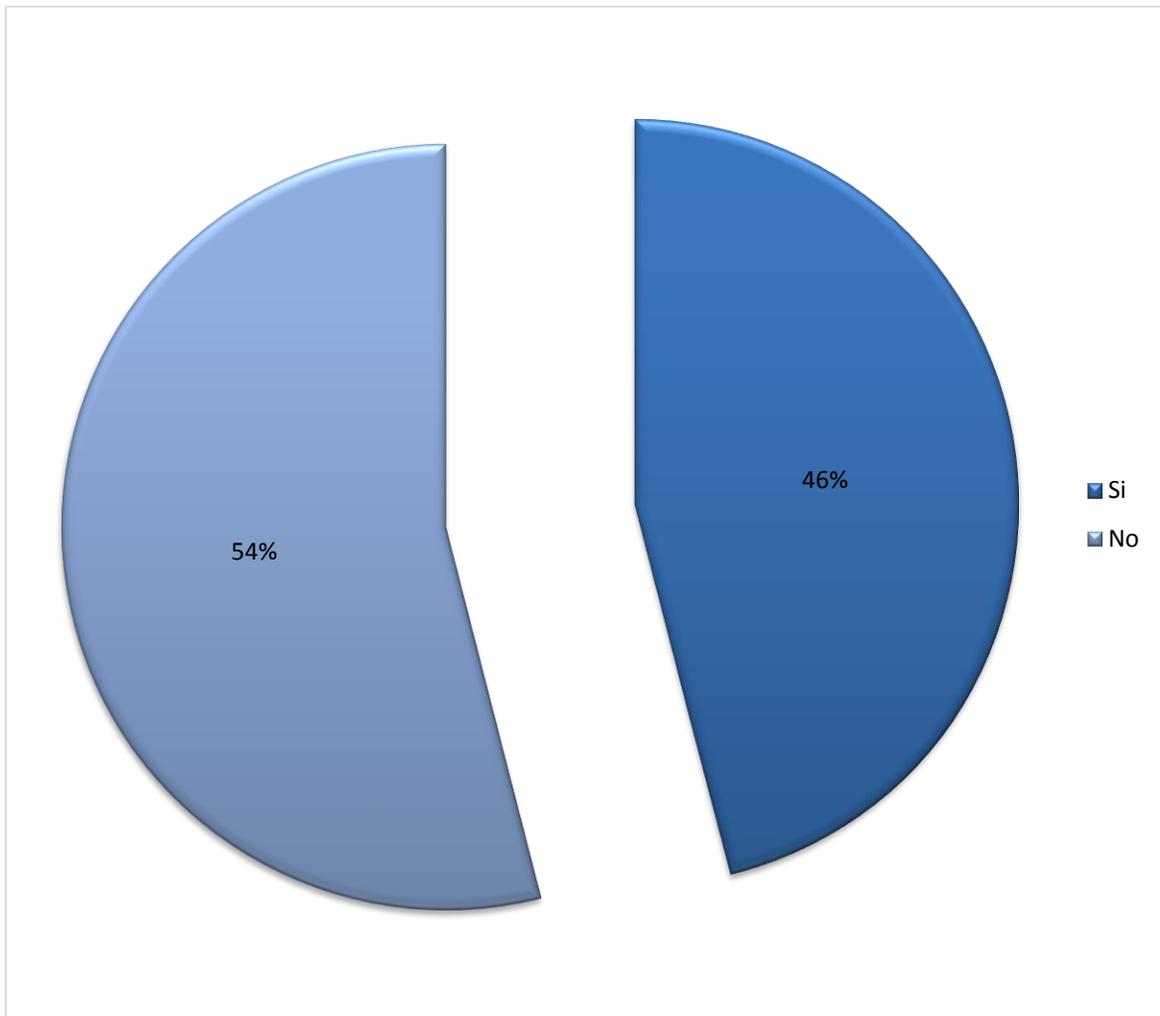
N: 100

7.20. Tabaquismo

El 46% (46) son mujeres fumadoras, de las que como mínimo de años fumando llevan de 4 hasta 37 años con una media de 8.14 y una desviación de 10.798 y el 54% (54) informó nunca haber fumado, los resultados se muestran en el gráfico 5.

GRÁFICO No. 5

TABAQUISMO EN LA MUJER QUE CURSA CON CLIMATERIO



Fuente: Encuestas aplicadas

N: 100

7.21. HÁBITOS ALIMENTICIOS

Con relación a los hábitos alimenticios los resultados se muestran en la tabla 1.

Tabla No. 1

Alimento	Veces por semana					
	1		2 a 4		5 a 7	
	No.	%	No.	%	No.	%
Lácteos			39	39		
Leguminosas			51	51		
Pescado	46	46				
Verduras					48	48
Cereales					81	81
Refresco			30	30		
Café con cafeína			44	44		
Bebidas alcohólicas			35	35		

Fuente: Encuestas aplicadas

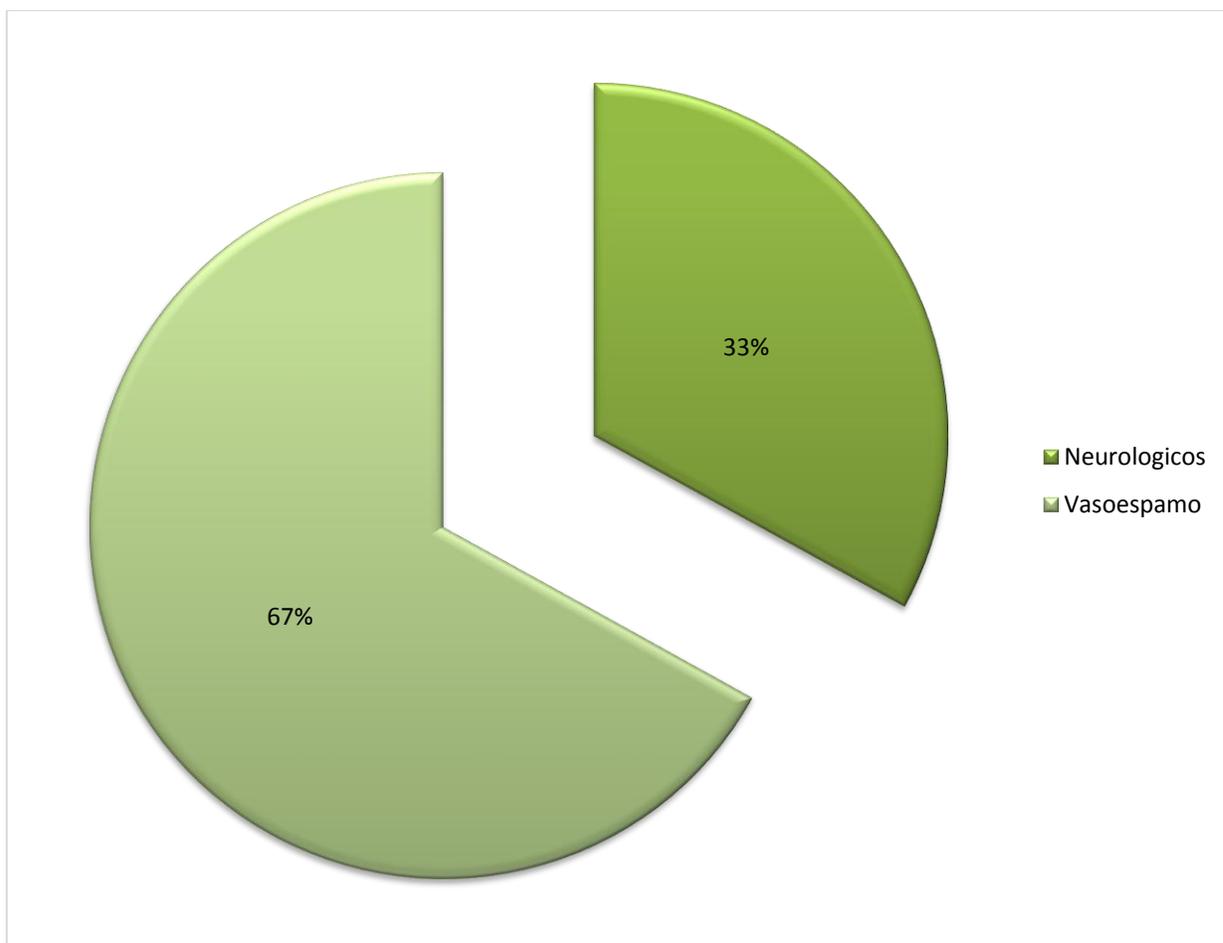
N: 100

7.22. SÍNTOMAS Y SIGNOS

Los síntomas neurológicos que refirieron las pacientes fueron: cefalea, mareos o vértigo, pérdida de la memoria, insomnio, astenia, adinamia, fatiga, alteración de la memoria, llanto fácil, angustia, caída del cabello. Y los ginecológicos fueron: palpitaciones, disuria, polaquiuria, tenesmo, incontinencia urinaria, hematuria, nicturia, bochornos, sudores, resequeidad vaginal, leucorrea, prurito genital, sangrado anormal, mastodinia, dispareunia, disminución de la libido, frigidez, intolerancia al calor y resequeidad cutánea. Los resultados se muestran en el grafico 6.

GRÁFICO No. 6

SÍNTOMAS Y SIGNOS DE LA MUJER QUE CURSA CON CLIMATERIO



Fuente: Encuestas aplicadas

N: 100

7.23. EXPLORACION FÍSICA

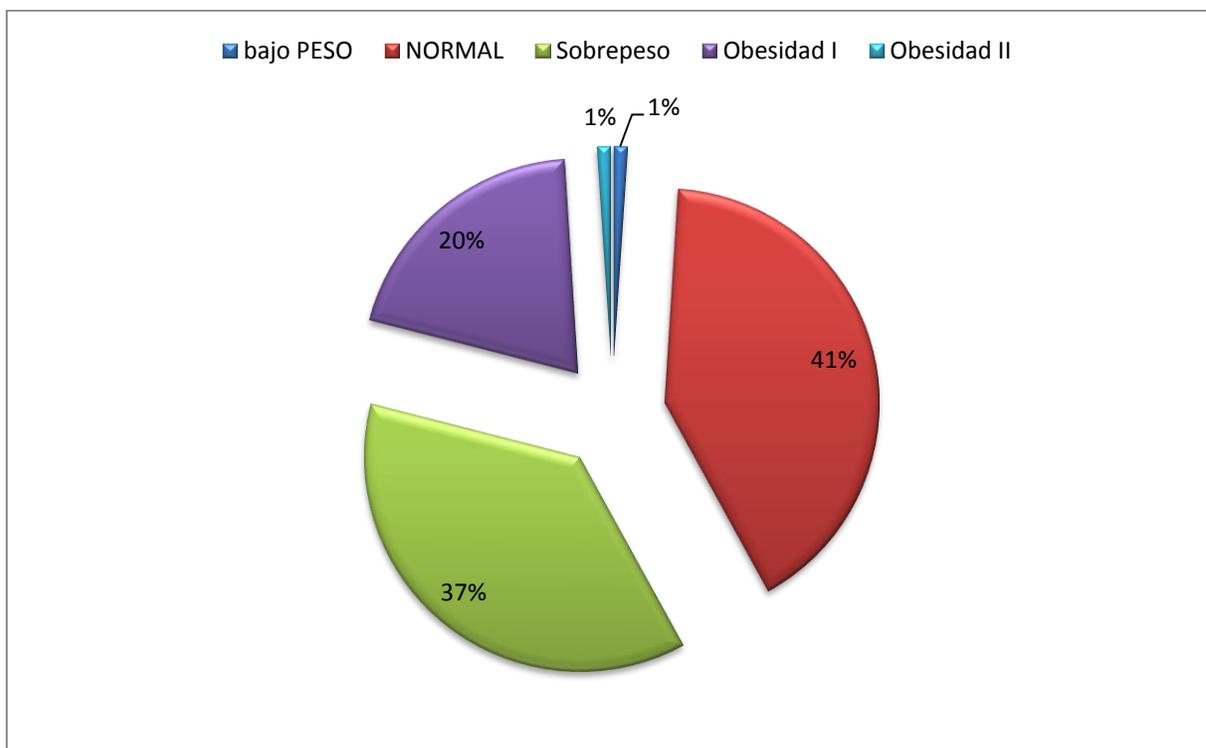
Se observó que la media de peso en las mujeres interrogadas es de 67.85 con una desviación de 10.343, estatura media de 1.57 centímetros, con una desviación de .055.

7.24. ÍNDICE DE MASA CORPORAL

Con relación al índice de masa corporal se apreció que el 41% (41) están con peso normal, 37% (37) con sobrepeso, 20% (20) con obesidad grado I, 1% (1) obesidad grado II y 1% (1) con peso bajo, los resultados se muestran en el gráfico 7.

GRÁFICO No. 7

ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE LAS MUJERES EN ETAPA DE CLIMATERIO



Fuente: Encuestas aplicadas

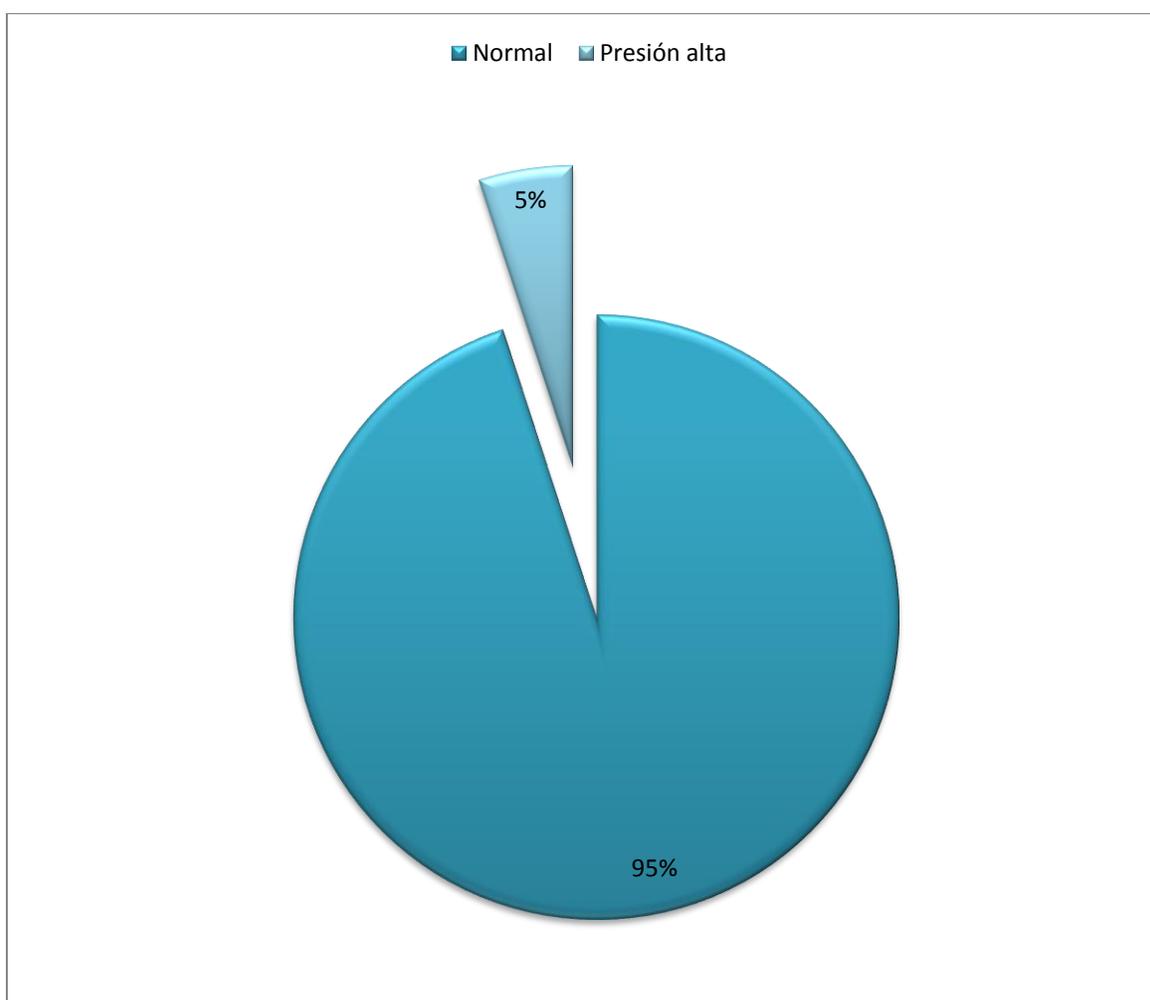
N: 100

7.25. TENSIÓN ARTERIAL

En lo referente a las cifras de tensión arterial son normales en un 95% (95) y altas en un 5% (5), los resultados se muestran en el gráfico 8.

GRÁFICO No. 8

TENSIÓN ARTERIAL DE LAS MUJERES EN ETAPA DE CLIMATERIO



Fuente: Encuestas aplicadas

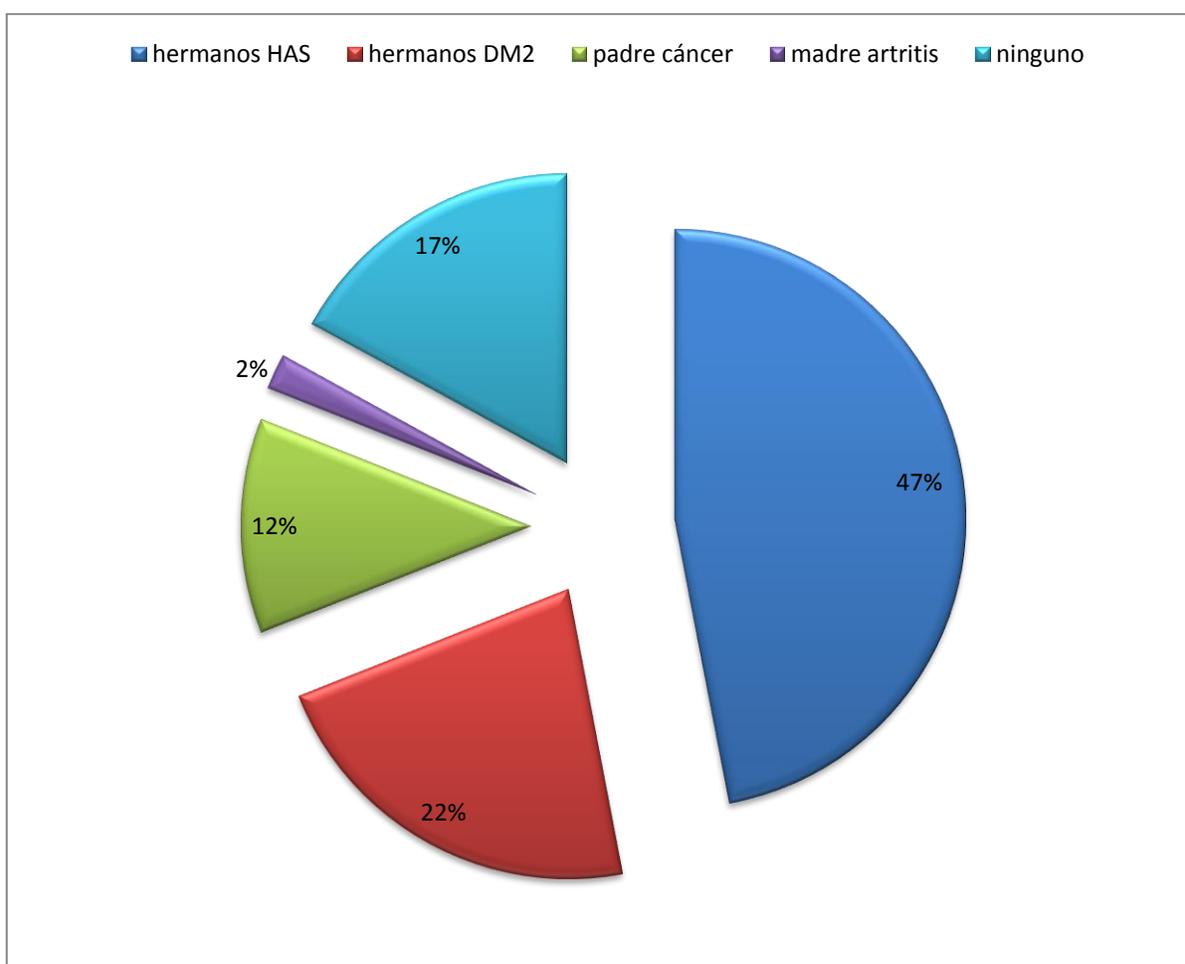
N: 100

8. DISCUSIÓN

En el estudio se encontró que las mujeres encuestadas, tienen fuerte carga genética para desarrollar enfermedades crónico degenerativas y más aún en la etapa que ahora están viviendo, ya que son más susceptibles de acuerdo con los estudios que dicen que al disminuir la concentración de estrógenos, la mujer es más propensa a hipertensión arterial, síndrome metabólico o diabetes mellitus, como se muestra en el gráfico 9.

GRÁFICO No. 9

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES DE LA MUJER QUE CURSA CON CLIMATERIO



Fuente: Encuestas aplicadas

N: 100

Se pudo observar que con relación en los datos arrojados, no existe relación con la edad de la menopausia entre familiares directos, ya que las mujeres encuestadas presentaron su menopausia a una edad menor 41 años que la edad de menopausia de sus hermana mayor que fue a los 46 años, edad que está dentro del rango que propone Berek (2004).

Ratificándose que el estilo de vida de las mujeres interrogadas, no influye en las manifestaciones del climaterio.

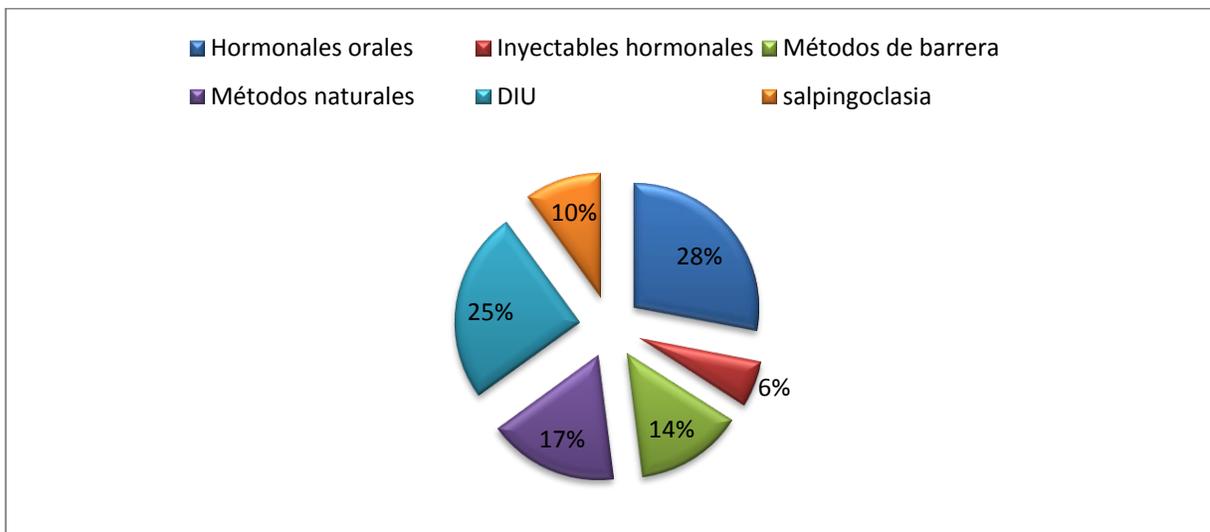
En cuanto a su tipo de alimentación no se encuentra relación con las características de la mujer que cursa con climaterio, pero realmente se considera una dieta adecuada ya que la mayoría refirió consumir alimentos ricos en calcio y estrógenos vegetales.

Los estudios comentan que no influye la edad de la menarquia para relacionarla con la edad de la menopausia, pero realmente aquí se observó que la edad de la menarquia es temprana incluso desde los 9 años de edad probable influencia para que la edad de la menopausia igual haya sido a una pronta edad.

En relación son el consumo de anticonceptivos hormonales, puede estar provocando en las mujeres que los utilizan sin ser un factor determinante la edad, el que continúen con su periodo menstrual regular. Con otro tipo de métodos no se encontró relación alguna con esta etapa, como se muestra en el gráfico 10.

GRÁFICO No. 10

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LAS MUJERES EN ETAPA DE CLIMATERIO



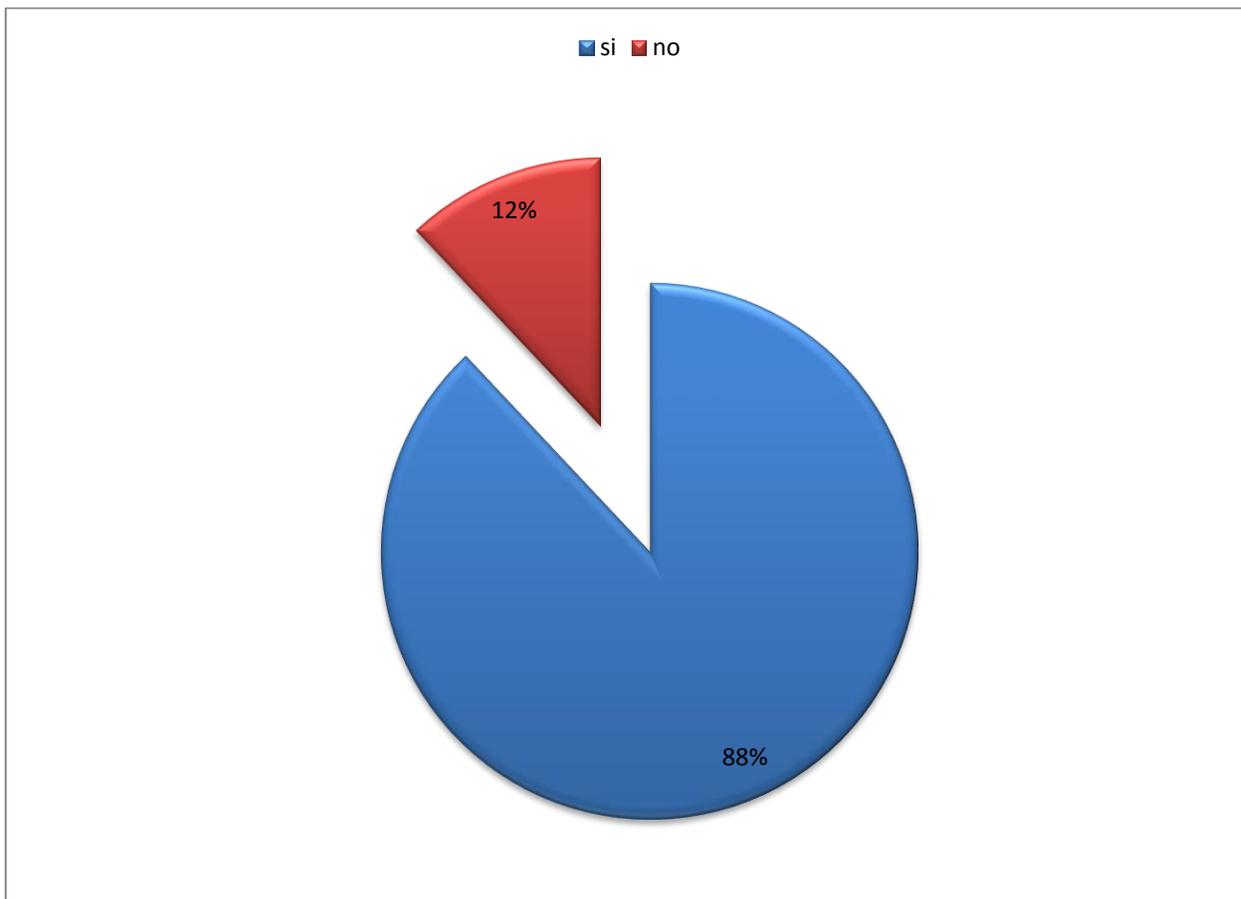
Fuente: Encuestas aplicadas

N: 100

Del 12% (12 mujeres) del total de la población que son las mujeres nulíparas, se observó que son aquellas que vivieron una menopausia temprana (entre 35 y 40 años) teniendo esto relación con que refiere Berek (2004), que ocurre antes en mujeres con antecedentes negativos de embarazos; del 88% (88 mujeres) del total con antecedentes positivos de embarazos, se observó que una gran parte dejó de menstruar a una edad mayor (entre 45 y 55 años), o bien aún está menstruando, principalmente del grupo de mujeres con antecedentes de 3 embarazos, aquí es pertinente enfatizar que se ha visto que a mayor paridad más tardía la menopausia⁷, como se muestra en el gráfico 11.

GRÁFICO No. 11

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS EN LAS MUJERES EN ETAPA DE CLIMATERIO



Fuente: Encuestas aplicadas

N: 100

No se encontró relación alguna con el climaterio por el tipo de nacimiento de sus hijos, pero si con la menopausia precoz o temprana ya que se presentaron datos de histerectomía por complicación durante la cesárea.

Es importante hacer notar que la edad del primer y último embarazo, así como la lactancia, no tiene relación alguna con el climaterio.

Con base en los resultados, se observó que es bajo el porcentaje de mujeres atendidas en esta etapa, para que esta sea más fácil de llevar.

Por último los signos y síntomas más comunes que se presentaron son los bochornos, sudores, resequedad vaginal, insomnio, dispareunia, disminución de la libido, lo que coincide totalmente con la bibliografía presentada.

9. CONCLUSIONES

A continuación y con base en los resultados obtenidos, se proponen las características clínicas de la mujer que cursa con climaterio en la Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios.

Se toma como referencia para considerar los parámetros que se hayan presentado en el 30% mínimo de las encuestas realizadas, por selección propia (arbitrariamente).

Las mujeres que cursan con climaterio, considerando presenten las características siguientes:

Datos heredofamiliares de hipertensión arterial y diabetes mellitus, antecedentes en hermana mayor de menopausia a los 46 años en promedio, la mayoría de ellas no realiza ejercicio físico, el tipo de alimentación se basa en su mayoría por ingesta diaria de verduras, cereales y una taza de café con cafeína, la edad promedio de la menarquia del grupo estudiado fue de los doce años, la planificación familiar en un gran número de mujeres se basó en el uso de hormonales orales, gran parte de grupo han estado embarazadas, teniendo a sus hijos por cesárea, incluso desde uno hasta tres partos, la edad de las mujeres en las que se embarazaron por primera vez fue entre los 16 hasta los 39 años y en la que nació su último hijo fue entre los 17 y 39 años, dando lactancia materna hasta los seis meses de edad de su hijo, la menopausia en gran parte de las encuestadas ocurrió a una edad temprana a los 41 años de forma natural.

La mayoría se encontró que están dentro de familias integradas, la mayoría son una familia moderna y de acuerdo con su ciclo vital familiar se encuentran en expansión.

Asimismo, se encontró que gran número de mujeres en esta etapa negaron haber recibido o recibir tratamiento farmacológico, para sobrellevar este periodo. Los síntomas y signos referidos en orden de aparición de mayor a menor frecuencia son: neurovegetativos o vasomotores (palpitaciones, bochornos, sudores, intolerancia al calor, cefalea, mareos o vértigo, astenia, adinamia, fatiga), urogenitales (disuria, poliaquiuria, tenesmo, incontinencia urinaria, hematuria, nicturia, resequeidad vaginal, leucorrea, prurito genital, sangrado anormal, mastodinia, dispareunia, frigidez), psicológicos (disminución de la libido, alteración de la memoria, insomnio, llanto fácil, angustia), metabólicos (caída de cabello, resequeidad cutánea). En la exploración física se encontró que la talla es de 1.57, con un peso de 67 kg., la mayoría están con peso normal y son normotensas.

RECOMENDACIONES

A partir de los resultados encontrados en este estudio se pueden establecer las siguientes recomendaciones.

Medidas de Educación para la Salud.

- Es importante hacer extensivo la necesidad de conocer a la perfección por parte de la sociedad cada una de las características clínicas de cada etapa que va pasando la mujer en la etapa reproductiva desde la menarquia hasta la pos menopausia, para poder entender todos y cada uno de los cambios por los que va atravesando.
- Promover estrategias educación para la salud (platicas) dirigidas a los familiares (padres, pareja, hijos) de las mujeres que cursan con climaterio.
- Considerar en el programa de salud reproductiva, dar énfasis a un apartado especial para mujeres que cursan con climaterio, donde principalmente se establezcan las características que las mujeres en esta etapa manifiestan con frecuencia y después difundirlo entre la población derechohabiente. De esta manera se podrá identificar con facilidad a este grupo de mujeres para que se les brinde una mejor atención, empezando por promover la ayuda de sus familiares a través de la comprensión, el cariño y el deseo de apoyarlas.

Medidas de Intervención.

- Al contar con el interés de la paciente y de su familia, el médico familiar debe identificar y valorar algún posible cambio empezando por el estilo de vida de la implicada, el cual puede influir en gran parte con la presencia de algún síntoma o signo que se manifieste con mayor intensidad.
- Con esta intervención lo que se pretende lograr es hacer del conocimiento de las mujeres y de su familia, en que consiste el climaterio, lo que es la menopausia, así como también sus manifestaciones físicas, orgánicas y psicológicas que esta etapa trae consigo, con el propósito de que estas sean totalmente llevaderas.

Líneas de investigación propuestas.

Considerar realizar estudios en diferentes poblaciones para identificar si existen variables que difieran del presente estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Climaterio y menopausia disponible en: <http://www.atmim.com/climaterio.htm> 2002
2. Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de enfermedades en la peri menopausia y pos menopausia de la mujer. Criterios para brindar la atención médica. (NOM-035-SSA2-2002).
3. González Merlo J. et al. Ginecología. 8ª. ed. España: Masson; 2003. p. 151-162.
4. Guía de Práctica Clínica. Atención del climaterio y menopausia, evidencias y recomendaciones. Secretaria de Salud. México: 2009. p. 2-6.
5. Septién González JM. Climaterio: Estudio diagnóstico y tratamiento. México: Intersistemas; 2000. p. 4-8.
6. Climaterio y menopausia de la teoría a la práctica. MC. Navarro Despaigne, Daysi A. Instituto Nacional de endocrinología: URL disponible en: http://fcmfajardo.sld.cu/jornada/conferen.../endocrinología_climaterio/climaterio.htm2002
7. Berek J.S. Ginecología de Novak. 13ª. ed. México: McGraw Hill Interamericana; 2004. p. 891-911, 981-1003.
8. Zarate A. et al. Endocrinología de la mujer. Pubertad. Reproducción. Menopausia. México: Prado; 2002. p. 144-159.
9. INEGI. Sistema Municipal de Bases de Datos (SIMBAD). Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México: 2010.
10. Tierney. Diagnóstico clínico y tratamiento. 36ª. ed. México: Manual Moderno; 2001. p. 1141-1144.
11. De cherney A.H. et al. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos. 10ª. ed. México: Manual Moderno; 2007. p. 107.
12. Pernoll M.L. Manual de Ginecología y Obstetricia. 10ª. ed. México: McGraw Hill Interamericana; 2005. p. 803-816.
13. Carranza Lira Sebastián, Murillo Uribe Alfonso. La mujer ante el Climaterio. México: MacGraw Hill Interamericana; 2002. p. 7-8, 19, 22.
14. Téllez V. Hormonas sexuales y cerebro. 3a. ed. Chile: Manual Moderno; 2010. p. 117.
15. Chávez-Ayala R. et al. Validación de un cuestionario para la medición de las creencias sobre el climaterio. Salud Pública Méx. 2002; 44: 385-391.

16. Rev. cubana Obstet Ginecol 2007; 33(3).
17. Guía Médica para el Primer Nivel de Atención. Atención Integral a la Salud de la Mujer en la Peri menopausia y Pos menopausia URL disponible en: www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx
18. Thelma E. Canto de Cetina, Patricia Canto-Cetina y Lucila Polanco Reyes. Encuesta de síntomas del climaterio en áreas semirurales de Yucatán. Rev. Invest Clín. 1998; 50:133-135.
19. Bachmann GA. Vasomotor flushes in postmenopausal women. Am J Obstet Gynecol. 1999; 180:312-316.
20. Siberstein S. Merriam G. Sex hormones and headache. Neurology. 1999; 53 (suppl): S3-S13.
21. Fettes I. Migraine in the menopause. Neurology. 1999; 53 (suppl 1): S29-S33.
22. Heredia Hernández B., Lugones Botello M. Principales manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en un grupo de mujeres en climaterio y la menopausia. Revista cubana de Ginecología y Obstetricia. 2007; 33(3).
23. Evans JR, Schwartz SD. McHugh JD et al. Systemic factors for idiopathic macular holes: a case-control study. Eye. 1998; 12:256-259.
24. Samsoie G. Urogenital aging: a hidden problem. Am J Obstet Gynecol. 1998; 178:S245-S249.
25. Hillier SL. Lau RJ. Vaginal microflora in postmenopausal women who have not received estrogen replacement therapy. Clin Infect Dis. 1997; 25 (Suppl 2): S123-S126.
26. Brown JS. Grady D, Ouslander JG et al. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in postmenopausal women. Heart & Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS) Research Group. Obstet Gynecol. 1999; 94:66-70.
27. Panay N, Studd JW. The psychotherapeutic effects of estrogens. Gynecol Endocrinol. 1998; 12:353-365.
28. Archer DF. NAMS/Solvay Residen Essay Award. Relationship between estrogen, serotonin, and depression. Menopause. 1999; 6:71-78.
29. Wooley CS. Electrophysiological and cellular effects of estrogen on neuronal function. Crit Rev Neurobiol. 1999; 13:1-20.
30. Yañes Calderón M., Chio Naranjo I. Climaterio y sexualidad: Su repercusión en la calidad de vida de la mujer de edad mediana. La Habana, Cuba.

31. Vladislavovna S. –Dobova. Autopercepción del estado de salud en climatéricas derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. Centro Médico Nacional Siglo XXI. Salud Pública de México. 2008; 50(5):390-395.
32. Consenso Iberoamericano de Osteoporosis SIBOMM 2009. Osteoporosis: Prevención, diagnóstico y tratamiento.
33. Management of osteoporosis in postmenopausal women: Position statement of The North American Menopause Society. 2010: 17:25-54.
34. L. Kasper D. et al. Harrison. Principios de Medicina Interna. 16a. ed. Chile: McGraw Hill Interamericana. 2006. p. 2498-2499.
35. Guía de enfermedades: Menopausia URL disponible en: http://www.elmedicodefamilia_enfermedades/enfermedades/MENOPAUSIA.htm.2002
36. Slemenda C. Hui. SL. Longcope C. Johnston CC. Sex steroids and bone mass: a study of changes about the time of menopause. J. Clin Invest. 1987; 80a:1261-1269.
37. Payne JB, Reinhardt RA, Nummikoski PV. et. al. Longitudinal alveolar bone loss in postmenopausal osteoporotic/osteopenic women. Osteoporos Int. 1999; 10:34-40.
38. Celades M. Aspectos clínicos de la menopausia. En: Climaterio y menopausia. Madrid: Santiago Palacios Mirpal; 1996: 64-69.
39. Menopausia: URL disponible en: <http://www.gwocities.com/HotSprings/Spa/5336/menop.htm> 2002
40. Generalidades y aspectos clínicos climatéricos URL disponible en: http://www.encolombia.com/cartilla_introduc.htm 2002.
41. Lubian DM. Metabolismo Óseo y su regulación hormonal. Revista de climaterio. 2003; 6:300-317.
42. Bauer DC, Browner WS, Cauley JA, et al. Factors associated with appendicular bone mass in older women: the Study of Osteoporotic Fractures Research Group. Ann Intern Med. 1993; 118:657-665.
43. Terapia de Reemplazo estrógeno por vía oral versus placebo para el tratamiento de los sofocos URL disponible en: <http://www.update-software.com>.2007
44. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios: 2006. URL disponible en: [http://www.agemed.es\(Alertas\)](http://www.agemed.es(Alertas)).

45. Sartori MG, Batacat EC. Et al. J. Gynaecol Obstet. 1995;49:165-169.
46. Hendrix SL, Cochrane BB, Nygaard IE, Handa VL, Barbanei VM, Iglesia C. et al. Effects of estrogen with an without progestin on urinary incontinence. JAMA 2005; 293:935-948.
47. Hernández Sánchez M. Revisión bibliográfica climaterio y menopausia. Algunos aspectos generales. Facultad de ciencias médicas, 2005.
48. Cabello F. Estado actual del tratamiento farmacológico del deseo sexual hipo activo en la mujer. Sexología integral. 2007; 4(1):33-40.
49. Castelo-Branco C. Cancelo MJ. Villero J. Nohales F, Julia MD. Management of post-menopausal vaginal atrophy and atrophic vaginitis. Maturitas 2005;15; 52 Suppl 1:S46-52.
50. Arriagada Marina, et al. Recomendaciones de tratamiento en la menopausia. Rev. Chil Obstet Ginecol 2005; 70(5):340-345.
51. Vázquez, Alejandro, Atención Integral De La Mujer. Clínica de Atención Médica Integral Para La Mujer S.C. (AMIM). México: AMIM; 2012. p. 13-14.
52. Instituto Nacional de Salud Pública, Departamento de investigación en transición epidemiológica. Manual Operativo: Encuesta sobre climaterio femenino, para miembros de la asociación mexicana para el estudio del climaterio.
53. Efraín Vázquez Benítez, MC., Francisco Garrido Latorre, MC., et al. Reproductibilidad de un cuestionario para el estudio del climaterio. Salud Pública de México. 38(5):363-370.
54. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 13ª. ed. España: Masson S.A. 2000.p. 80, 459, 487, 583.
55. Reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de investigación. Artículo 17, Fracción II. 1984.
56. INEGI. Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010, Estado de México [Versión electrónica]. Censo de Población y Vivienda. México: 2010.
57. Arzate Salgado, J. Mejía Modesto A. Montes de Oca Vargas, H. Andar Despacio. Envejecimiento Demográfico en el Estado de México, GEM/CEMyBS, Toluca: 2012.
58. Mendoza Rios, D. Menopausia y climaterio. Gineco. 2008; 14 (92): 27-48.
59. Carranza LS, Cruz CK. Relación entre los síntomas del climaterio y la calidad de vida. Ginecol Obstet Mex. 2008; 76(12):703-5.
60. Guía Metodológica para trabajos de grado y postgrado según las normativas APA, ABNT y VANCOUVER. Asunción: Universidad Americana; 2012.

ANEXOS

Anexo 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Clínica de Consulta Externa “Alfredo del Mazo Vélez” del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios en conjunto con la Universidad Nacional Autónoma de México, solicitan su participación en el estudio “CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES QUE CURSAN CON CLIMATERIO EN LA POBLACIÓN DE LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA “ALFREDO DEL MAZO VÉLEZ” DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS” que se encuentra a cargo del Doctor Cesar Manuel Nava Morales, el cual tiene como objetivos: Evaluar las características de la mujer en etapa de climaterio..

Se aplicará un cuestionario, el cual consta de apartados que incluyen preguntas relacionadas con edad, ocupación, estado civil, enfermedades presentes, tiempo de evolución de la enfermedad así como el estadio en la que se encuentra y conflictos ajenos a esta, se le preguntará acerca de su salud y problemas que pudieran ocasionar su sintomatología y signología en aspectos de la vida diaria, que no implican algún riesgo para Usted.

Su participación es estrictamente voluntaria, en caso de NO aceptar, su decisión no afectará de ninguna manera.

Los datos son completamente confidenciales.

Estoy de acuerdo en que el propósito de este registro se me ha explicado y mis dudas han sido resueltas a mi entera satisfacción. Por lo que voluntariamente acepto participar en el estudio.

SI ACEPTO _____ NO ACEPTO _____

Firma _____

Anexo 2

CUESTIONARIO

Por favor lea las preguntas cuidadosamente antes de contestar y marque o anote su respuesta. Gracias por su colaboración.

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

EDAD: _____ años. ESTADO CIVIL: _____ OCUPACIÓN: _____

ESCOLARIDAD: _____

1.1. ¿Con quién vive Usted? (Por favor completar el siguiente cuadro)

1. PARENTESCO	OCUPACIÓN	ESCOLARIDAD

2. ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES.

Anote alguna enfermedad importante que padezca o haya padecido su padre, madre o hermanos:

3. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

¿Ha padecido o padece alguna enfermedad, cuál y hace cuánto tiempo?

4. ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS.

Marque con una X el número de la respuesta seleccionada.

4.1. ¿A qué edad tuvo su primera menstruación? _____ Años.

4.2. ¿Sus períodos menstruales frecuentemente han sido o fueron?

a) regulares b) irregulares c) no recuerda _____

4.3. ¿Con qué frecuencia tiene o tenía su menstruación?

a) cada mes b) más de cada mes c) menos del mes d) no recuerda

4.4. ¿Cuántos días dura (o duraba) en promedio su menstruación? _____ días.

4.5. ¿Cuánto tiempo tiene sin reglar?

a) menos de 12 meses b) más de 12 meses c) no recuerda

4.6. ¿Qué edad tenía cuando dejó de menstruar?

Edad en años _____ No recuerda _____

4.7. ¿Ha utilizado o utiliza algún método anticonceptivo?

a. SI b) NO c) No sabe o no recuerda

Si la respuesta es NO o NO SABE, pase a la pregunta 4.9.

4.7.1. ¿Cuál o cuáles? _____

4.8. Si utilizó anticonceptivos hormonales (pastillas, inyecciones), ¿por cuánto tiempo los utilizó?

a) número de meses _____ b) número de años _____

4.9. ¿Ha estado embarazada usted alguna vez?

Sí _____ No _____ pase a pregunta 4.18.

4.10. Número de embarazos _____ 4.11. Número de partos vaginales _____

4.12. Número de cesáreas _____ 4.13. Número de abortos _____

4.14. ¿Qué edad tenía usted cuando nació su primer hijo? _____ años

4.15. ¿Qué edad tenía usted cuando nació su último hijo? _____ años

4.16. ¿Dio lactancia natural (pecho) a sus hijos?

a) Sí _____ b) No _____ pase a pregunta 4.18.

4.17. ¿Por cuánto tiempo en promedio le dio pecho a cada uno de sus hijos? _____

4.18. Actualmente, ¿sigue usted reglando espontáneamente?

a. Sí _____ pase a pregunta 4.22. b) No _____

4.19. ¿Usted ha dejado de menstruar...

a) de forma natural? Pase a pregunta 4.22. b) por cirugía? c) otra razón _____

4.20. Si Usted fue operada de la matriz, ¿qué edad tenía cuando la operaron?

Edad en años _____ No recuerda _____

4.21. ¿Su operación consistió en...

a) le quitaron solo la matriz? b) la matriz y un ovario?
c) la matriz y los dos ovarios? d) no sabe lo que le quitaron.

4.22. ¿Le ha recetado su médico algún medicamento para la menopausia?

a) SI b) NO entonces pase a la pregunta 4.25. c) No sabe

4.23. ¿Cuál o cuáles medicamentos y por cuanto tiempo los utilizo o lleva utilizándolos?

4.24. ¿Tuvo o ha tenido algunos de los siguientes problemas con el tratamiento... (Puede señalar más de una opción sí es el caso)

- a) ninguno? b) sangrado anormal? c) mastodinia (dolor de senos)?
d) cefalea (dolor de cabeza)? e) tumor mamario (nódulo)?
f) otro _____

}

4.25. Usted sabe, ¿a qué edad dejó de reglar su hermana(as)?

- a) NO b) Desconoce c) SI A qué edad? _____ años

5. ESTILO DE VIDA.

5.1. ¿Cuántas horas duerme al día? _____ Horas.

5.2. ¿Usted regularmente realiza ejercicio físico?

- a) SÍ _____ b) NO _____ pase a pregunta 5.4.

5.3. ¿Qué tipo de ejercicio realiza Usted?

EJERCICIO	TIEMPO EN MINUTOS	VECES SEMANA

5.4. ¿Alguna vez ha fumado Usted?

- a) SI _____ b) NO _____ pase a la pregunta 5.9.

5.5. ¿A qué edad empezó a fumar? _____ años.

5.6. ¿En promedio cuántos cigarros consume al día o consumía? _____

5.7. ¿Fuma Usted actualmente?

- a) SI _____ b) NO _____

5.8. ¿Cuántos años fumó o tiene fumando?

- a) Número de años _____ b) No recuerda _____

5.9. Actualmente, ¿con qué frecuencia consume usted los siguientes alimentos y bebidas?

ALIMENTO	VECES AL MES		VECES A LA SEMANA		
	Nunca	1	1	2-4	5-7
Un vaso con leche					
1 rebanada de queso					
1 taza de búlgaros					
1 taza de frijoles, lentejas o frutos secos					
1 plato de sardinas o pescado					
½ taza de verduras					
1 tortilla de maíz					
1 refresco de cola mediano					
Una taza de café con cafeína					
1 taza de atole con leche					
Una cerveza					
Una bebida, como ron, brandy, tequila					

6. PADECIMIENTO ACTUAL.

En la siguiente sección marque con una X la palabra que corresponde a su malestar:

Usted presenta alguna molestia como:

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| a) cefalea | b) mareos o vértigo | c) pérdida de la memoria |
| d) pérdida de piezas dentarias | e) palpitaciones | f) sangrado anormal |
| g) disuria | h) polaquiuria | i) tenesmo |
| j) urgencia urinaria | k) incontinencia urinaria | l) hematuria |
| m) nicturia | n) dolor de espalda | ñ) deformidad ósea |
| o) disminución de la estatura | p) bochornos | q) sudores |
| r) resequedad vaginal | s) leucorrea | t) prurito genital |
| u) sangrado anormal | v) mastodinia | w) dispareunia |
| x) disminución de la libido | y) frigidez | z) disminución de la visión |
| a) alteración de la memoria | b) insomnio | c) angustia |
| d) llanto fácil | | |

- e) ideas suicidas f) pérdida de la autoestima g) astenia (debilidad física)
h) adinamia (falta de energía física y emocional) i) anorexia (falta de apetito)
j) hiperexia (deseo excesivo de comer) k) fatiga l) pérdida de peso
m) apatía n) aumento de peso ñ) intolerancia al frío
o) intolerancia al calor p) prurito generalizado q) caída del cabello
r) resequedad cutánea s) hipertrichosis

7. SOMATOMETRIA

7.1. Peso actual _____

7.2. Talla actual _____

7.3. Tensión arterial _____

7.4. IMC _____

Gracias por su apoyo.